

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 124

FIÈVRE TYPHOÏDE ET ALLAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel TROULLIEUR

Né le 6 Février 1882, à Lyon (Rhône).

Ancien externe Lauréat des Hôpitaux,

(Prix Saint Olive, 1901),

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de la Charité.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 124

FIÈVRE TYPHOÏDE ET ALLAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel TROULLIEUR

Né le 6 Février 1882, à Lyon (Rhône).

Ancien externe Lauréat des Hôpitaux,

(Prix Saint Olive, 1901),

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de la Charité.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale.	TRIPIER
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUCC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch..
VI: LARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COLLET, *Président* ; COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. PATEL et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Perforations congénitales des piliers postérieurs du voile du palais (Société des sciences médicales, 7 juin 1905).

Coexistence de plusieurs manifestations tuberculeuses atténuées chez un même sujet (en collaboration avec M. le professeur Collet) (*Lyon médical*, 30 juillet 1905).

De la section intracrânienne du nerf auditif (en collaboration avec M. le D^r Chavanne) (Congrès de la Société française d'otologie, mai 1905, et *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, 1905).

Epithélioma de la muqueuse buccale (Société des sciences médicales, 6 décembre 1905).

Goître parenchymateux enlevé chez un malade présentant du ralentissement du pouls et traité préventivement par la radiothérapie (Société des sciences médicales, 16 février 1906).

Tuberculose massive du rein; néphrectomie primitive par la voie lombaire (Société des sciences médicales, 16 février 1906).

Cancer de l'estomac à évolution lente; gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture; survie de trois ans et demi (Société des sciences médicales, 19 juin 1907).

Des ulcérations buccales de la fièvre typhoïde, étude basée sur 220 observations inédites de fièvre typhoïde (*Gazette des hôpitaux*, 13 février 1908 et *Presse oto-laryngologique belge*, avril 1908).

Deux cas mortels de fièvre typhoïde contractée probablement à l'hôpital et faisant immédiatement suite à un rhumatisme articulaire aigu (en collaboration avec M. le D^r Devic) (*Revue de médecine*, 1908, sous presse).

EN PRÉPARATION :

Un cas d'hémophilie chez une femme enceinte de quatre mois; mort par hémorragie protubérantielle avec syndrome de Millard-Gübler. Autopsie (en collaboration avec M. le D^r Adler).

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Médecin des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Médecin des Hôpitaux.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève
à l'Hospice du Perron et dans le service
des maladies épidémiques de l'Hôpital
de la Charité.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

pendant deux années d'Externat

M. le Professeur agrégé GANGOLPHE.

M. le Professeur agrégé VILLARD.

M. le D^r MOUISSET, médecin des hôpitaux.

M. le D^r MOLLARD, médecin des hôpitaux.

et quatre années d'Internat

M. le Professeur agrégé TIXIER.

M. le Professeur agrégé NOVÉ-JOSSERAND.

M. le D^r BRET, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur ROQUE.

M. le Professeur NICOLAS.

M. le D^r DEVIC, médecin des hôpitaux.

M. le professeur agrégé COMMANDEUR, accoucheur des hôpitaux.

M. le D^r PÉHU, médecin des hôpitaux.

Je remercie tout particulièrement M. le professeur agrégé COMMANDEUR, accoucheur de la Charité; M. le professeur agrégé VORON, accoucheur de l'Hôtel-Dieu; M. le professeur agrégé PATEL, qui ont bien voulu faire partie du jury de ma thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les états infectieux aigus, la fièvre typhoïde est un de ceux qui, au point de vue étiologique, doivent le plus aux causes adjuvantes et auxiliaires. C'est avec raison que Jaccoud écrivait dans son traité de pathologie interne : « Quelle que soit la voie par laquelle il atteint l'homme, le poison typhique ne produit pas nécessairement la totalité de ses effets ; il faut qu'il trouve l'organisme en état de réceptivité ou d'opportunité morbide, et les différences individuelles sont telles, que les effets peuvent être nuls, imparfaits ou complets ». Aussi les auteurs s'attachent-ils à étudier en détail les différentes causes susceptibles d'exalter la virulence du bacille d'Eberth, ou mieux celles qui diminuent la résistance de notre organisme et en font un réceptacle plus ou moins ouvert à l'infection. On discute les influences de l'âge, du sexe, de certaines professions, les conditions de non acclimatement ou d'encombrement, le rôle des fatigues, exercices immodérés, surmenage, les causes psychiques.

Le type classique du prédisposé chez l'homme est le soldat : il doit ce privilège à ses conditions physiologiques d'âge, et aussi à des causes secondes multiples qui viennent s'accumuler sur lui et font un terrain très

favorable au développement du bacille d'Eberth. Chez la femme, nous trouvons également dans son existence une période de suractivité et de surmenage physique et physiologique : c'est le temps des grossesses et de l'allaitement.

Les auteurs n'ont pas manqué d'étudier l'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde. Il y eut autrefois deux camps parmi les observateurs : les uns, avec Cazeaux et Forget, pensaient que l'état de gravidité ne modifiait en rien l'aptitude à contracter cette maladie ; les autres, avec Niemeyer et Rokitsky, admettaient une sorte d'immunité pendant la durée de la gestation. Actuellement la question paraît tranchée et nous citerons simplement l'opinion de Vinay : « On rencontre chez la femme enceinte les formes diverses et la gravité variable qui existent en dehors de la grossesse ; leur état n'est nullement une circonstance aggravante quelle que soit l'époque où la maladie apparaisse ».

L'influence de l'allaitement sur la fièvre typhoïde semble par contre avoir peu intéressé les auteurs. Et, si ces dernières années, on s'est quelque peu préoccupé du passage des microorganismes dans le lait, des toxines ou des substances agglutinantes, typhiques ou autres, le côté clinique de la question a été laissé de côté. On doit se contenter à ce sujet d'opinions déjà anciennes, très générales et souvent divergentes. Tandis que Léonard en 1822 voyait dans la lactation un moyen prophylactique et curatif des maladies de la femme en couche, d'autres avec Eloy pensaient que la nourrice est plus susceptible aux influences morbides acquises ou accidentelles. Trousseau dans ses cliniques

disait : « On a prétendu que la lactation était une condition favorable à la guérison des maladies intercurrentes dont la convalescence se trouvait abrégée par le fait de la fluxion mammaire, qui établissait une sorte de dérivation des plus énergiques. Sans me prononcer d'une façon aussi affirmative, je puis dire cependant, d'après mon expérience, que la lactation n'amène aucune complication dans une maladie aiguë. »

Malgré cette opinion de Trousseau, nombre d'auteurs ont cru remarquer la fâcheuse influence de la lactation sur la résistance de l'organisme aux maladies. Ils ont été frappés de ce fait que certaines maladies sont plus fréquentes et plus graves dans le temps de la lactation et cela non à cause de la dérivation ou de la rétention des matériaux de la sécrétion lactée, mais à cause des conditions spéciales dans lesquelles se trouve l'organisme. Vitry, dans une thèse récente, étudiant la physiologie de la nourrice, cherche à mettre en lumière les modifications de l'organisme de la femme en lactation. Il aborde la question de sa résistance aux maladies, et il émet cette opinion, qui est plutôt une impression, que la lactation semble créer une moindre résistance vis-à-vis de l'infection puerpérale, de la pneumonie, du paludisme, de la diphtérie, etc.

Plus modeste dans nos ambitions, nous étudierons simplement dans notre thèse les rapports de la fièvre typhoïde et de l'allaitement.

Nous diviserons ainsi notre sujet :

1° Influence de l'allaitement sur la fièvre typhoïde : étude clinique de la fièvre typhoïde chez la nourrice.

2° Influence de la fièvre typhoïde sur l'allaitement.

a) Etat du lait chez la nourrice atteinte de dothiènement.

b) Etat du nourrisson alimenté par une nourrice typhique.

L'idée de cette étude nous a été donnée par M. Devic, Médecin des Hôpitaux, et nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de lui témoigner toute notre gratitude pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé dans ses services de l'Hôpital de la Croix-Rousse et de l'Hôtel-Dieu. Nous avons été profondément touché de rencontrer en lui un maître et un ami.

FIÈVRE TYPHOÏDE

ET ALLAITEMENT

PREMIÈRE PARTIE

INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. ETUDE CLINIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LA NOURRICE

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES

Physiologie de la nourrice. — En entreprenant cette étude, nous limitons nos recherches à la nourrice proprement dite, c'est-à-dire à la femme sortie de l'état puerpéral et de ses dangers, suffisamment remise de son accouchement pour avoir repris, avec l'allaitement de son enfant, ses occupations habituelles.

Nous croyons cette distinction nécessaire, car la puerperalité crée chez la femme un état spécial, qui constitue un véritable stade dans sa vie génitale et, pendant lequel, une maladie aigüe, telle que la fièvre

typhoïde, si elle survient, mérite d'être étudiée à part. Cette étude de la dothiéntérie pendant les suites de couche a été faite à plusieurs reprises et nous n'y reviendront pas ¹.

La lactation s'accompagne à son tour de modifications importantes de l'organisme : il était intéressant de savoir si ce nouvel état physiologique prédisposait la femme aux diverses maladies, en particulier à la fièvre typhoïde et comment se comportait une nourrice atteinte de dothiéntérie ; répondre à ces deux questions est le but que nous nous sommes proposés ici.

Il ne faudrait pas considérer la lactation comme un état pathologique et hors nature. Il est bien noir ce tableau présenté par Gaubius et retracé dans la thèse d'Eloy : « L'excrétion du lait cause, après avoir ôté au corps sa nourriture, la faiblesse, la pâleur, la maigreur, le désordre dans la circulation, la fièvre lente, la phtisie, les sueurs abondantes et les fausses couches ». On croirait lire du Molière. Il est certain, au contraire, que la lactation, fonction normale, s'exerçant dans un organisme sain, doit être une source de vigueur et même de bien-être. Néanmoins, il faut le reconnaître, l'allaitement est un danger permanent pour un organisme faible, et même chez une femme saine, il crée, ainsi que le dit Vitry, un état physiologique spécial, une diathèse qui peut diminuer la résistance de l'organisme vis-à-vis des infections ou des intoxications accidentelles.

¹ Trampont, *Fièvre typhoïde et état puerpéral* (th. de Lille, 1902-03) ; Gleize, *Fièvre typhoïde dans les suites de couche* (th. de Paris, 1903-04).

Cet état physiologique de la nourrice a été bien étudié par Vitry et nous ne pouvons mieux faire que de recourir à sa thèse pour le définir. Voici quelles sont ses conclusions.

« La lactation entraîne dans la physiologie normale de la nourrice un certain nombre de modifications. Ces modifications portent surtout sur le foie. Au point de vue histologique, on y trouve une surcharge graisseuse ; on point de vue fonctionnel, on constate que ses différentes fonctions sont altérées : fonction glycogénique, comme le montre la glycosurie alimentaire ; fonction antitoxique, comme le montre son action sur la nicotine ; fonction adipogénique, fonction uropoïétique.

« On note d'autres modifications portant sur le sang : diminution légère du nombre des globules rouges, leucocytose appréciable avec prédominance des mononucléaires.

« Une autre modification importante est la fréquence de la lactosurie consécutive à la résorption du sucre de lait au niveau de l'épithélium mammaire, entraînant, par suite, une augmentation de sucre dans le sang.

« La nutrition générale est ralentie, le coefficient azoturique inférieur à la normale, les phosphates éliminés en excès, l'alcalinité du sang diminuée. »

Un organisme qui subit de telles modifications, doit nécessairement être moins résistant aux agents pathogènes. Vitry arrive à cette conclusion par ses expériences sur l'animal. Cliniquement, il a plutôt une impression qu'une certitude. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, il ne se prononce pas.

Fréquence de la fièvre typhoïde chez la nourrice. — Nous avons réuni 25 observations à peu près complètes de fièvre typhoïde chez des nourrices. Nous retrouvons 5 cas résumés et cités par différents auteurs à propos du passage des substances agglutinantes dans le lait ; MM. Tripier et Bouveret dans leur livre sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, signalent 6 cas de nourrices typhiques. Enfin, Chantemesse et Widal dans les Archives de physiologie 1887, rappellent, à propos des recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde, le cas de deux nourrices atteintes de dothiéntérie. En additionnant, nous trouvons 38 observations : ce chiffre n'a pas d'autre prétention que de montrer la fréquence de la fièvre typhoïde chez la nourrice. Nous avons l'impression très nette, nous ne pouvons pas dire certitude, car les statistiques nous font défaut, que la nourrice est, de par son état, une victime désignée du bacille d'Eberth ; elle réalise admirablement ce terrain d'opportunité morbide nécessaire au développement de toute infection.

L'allaitement est, pour la femme, comme le service militaire pour l'homme, une sorte de critérium de santé ; c'est une rude épreuve à laquelle elle se soumet volontairement et pendant laquelle elle bénéficie de tous les avantages des surmenés. C'est ainsi que les nourrices constituent une catégorie de femmes payant un lourd tribut à la fièvre typhoïde.

Pendant un semestre passé dans le service de M. Devic, dont nous avons l'honneur d'être l'interne à l'Hôtel-Dieu, nous vîmes une trentaine de dothié-

mentéries dans la salle des femmes. Sur ces 30 malades, il y avait 6 nourrices. Il ne faut pas voir là une simple coïncidence : la fréquence de la fièvre typhoïde chez les nourrices ne s'explique pas seulement par les conditions physiologiques spéciales qu'elles réalisent ; l'âge crée chez elles une prédisposition, et il faut encore ajouter à cela des fatigues exagérées, un véritable surmenage. Rarement la nourrice mercenaire des villes est frappée : celle-ci est soignée, choyée, car il faut veiller sur la santé de l'enfant. Si elle contracte la fièvre typhoïde, c'est plutôt par un effet de non acclimatement, au sens où l'entendaient Petit, Louis et Chomel. Par contre, la nourrice de la campagne, la mère de famille qui alimente son enfant ou son nourrisson tout en continuant à se livrer aux travaux du ménage ou des champs, celle-là est une véritable surmenée, non seulement au sens physiologique mais encore au sens physique. La majorité des observations que nous rapportons est représentée par des femmes du peuple ou de la campagne.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous groupons ici 25 observations complètes de fièvre typhoïde chez des nourrices. Les tracés que nous figurons ont été obtenus en faisant les moyennes des températures du matin et du soir, prises avant chaque bain toutes les trois heures.

Nous rapportons ensuite 5 cas, cités par différents auteurs, et intéressants au point de vue de la recherche du bacille d'Eberth ou des substances agglutinantes dans le lait de la mère ou le sérum de l'enfant.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde légère (12 bains), chez une nourrice. Lait agglutinant aussi bien que le sang, mais ne contenant pas d'Eberth. Pas d'ulcérations buccales. Beaucoup de taches rosées et en plusieurs poussées malgré le peu d'intensité de la fièvre.

1^{er} septembre 1905. — Annette E..., vingt-huit ans, brodeuse, vient à l'hôpital de la Croix-Rousse avec une température de 39°4.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte il y a vingt-six ans, de suites de couches. Deux sœurs en bonne santé.

Mariée, mari bien portant.

Mariée depuis sept ans, a eu d'abord deux fausses-couches (6 mois 1/2 et 3 mois 1/2), puis deux enfants; l'aîné mort à onze mois.

Le dernier, âgé de six mois, que la malade nourrit se porte bien.

Antécédents personnels. — La malade a toujours joui d'une excellente santé; a eu cependant la scarlatine dans son enfance.

Réglée à quinze ans et demi, toujours régulièrement.

Pas d'alcoolisme ni de spécificité.

La maladie actuelle aurait débuté il y a un mois environ par une indigestion. Les premiers symptômes auraient été quelques vomissements alimentaires.

Ceci se passait fin juillet. Depuis ce moment, la malade a eu la diarrhée, celle-ci ayant été très forte au commencement du mois d'août.

Pas d'épistaxis.

Céphalée légère et passagère.

La malade s'est mise au lit il y a trois jours; elle était nourrice et jusqu'au 30 août elle a continué l'allaitement de son enfant.

Il n'y a pas d'autre malade dans sa maison.

A l'entrée. — C'est une jeune femme au teint mat, très pâle, n'ayant pas l'air d'une fiévreuse. Elle ne souffre pas, se trouve bien au lit et aime à ce qu'on la laisse tranquille.

Langue rosée à la pointe, très saburrale à la base; rien d'anormal sur les piliers ou sur le voile du palais.

Le ventre n'est pas ballonné; les anses grêles se dessinent sur la paroi.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite; quelques taches rosées très nettes.

La rate ne paraît pas grosse; pas de matité splénique; le foie est normal.

Aux poumons: les bases sonnent bien; dans toute la hauteur des deux poumons, il y a des sibilances, quelques ronchus, en avant et en arrière.

La malade ne crache pas.

Au cœur : la pointe n'est pas perceptible. Les bruits sont réguliers, bien frappés. A la pointe, le premier bruit est comme dédoublé et au foyer triscupidien, il est éclatant.

Pas de bruit surajouté.

Pouls régulier, 96, non dicrote.

Pas d'œdème des jambes.

Pupilles égales, réagissant normalement.

Urines : traces d'albumine, pas de sucre.

Les seins sont gros, durs, mais indolores.

2 septembre. — La malade a rendu par un lavement des matières dures, noires. Elle avait pris du bismuth chez elle.

5 septembre. — La tuméfaction des seins a duré trois jours et a été traitée par une compression modérée.

Séro-diagnostic typhique très net à 1/50.

Le lait agglutine également, mais moins fortement que le sang. Une culture en bouillon de ce lait est négative.

9 septembre. — La malade traitée par la méthode de Brand, a pris douze bains. Elle a toujours été constipée et le pouls plutôt lent n'a jamais dépassé 100.

Elle a présenté beaucoup de taches rosées, pas d'ulcérations buccales.

A la sortie, le 27 septembre, les règles n'ont toujours pas reparu. Les seins renferment toujours du lait. Les nouvelles de l'enfant ont toujours été satisfaisantes.

OBSERVATION II (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde légère (41 bains) chez une nourrice.

Ulcérations bucco-pharyngées multiples.

Antoinette G..., trente et un ans, cultivatrice, entre à l'Hôtel-Dieu, le 8 juin 1907, avec le diagnostic de dothiéntérie.

Parents bien portants ; un frère en bonne santé.

La malade a eu la coqueluche dans l'enfance. Régulé à treize ans, régulièrement, mariée à dix-neuf ans et demi,

Quatre enfants : un mort-né, un autre de méningite. Deux enfants en bonne santé, dont l'un âgé de huit mois que la malade a nourri jusqu'à son entrée à l'hôpital.

N'a jamais eu de maladie sérieuse.

Pas d'alcoolisme.

La malade a un gros appétit habituellement ; elle mangeait moins ces derniers temps.

L'affection actuelle a débuté il y a dix jours, par de la céphalée et des éblouissements. Depuis, diarrhée avec douleur abdominale, quelques vomissements, de la fièvre, de l'insomnie.

Pas d'épistaxis.

Un médecin, consulté il y a huit jours, ordonne le repos, de la quinine et une diète relative.

La malade ne s'est couchée cependant que la veille de son entrée à l'hôpital, elle a toujours fait son travail.

A l'entrée : malade un peu abattue, répond avec hésitation aux questions, cherche longtemps dans sa mémoire, un peu de surdité.

Obésité très marquée.

Pas de goître : quelques petites varices, gros nævus framboisé et ulcéré du dos.

Appareil digestif. — Langue saburrale ; pharynx rouge avec une ulcération à la base de la luette.

La malade souffre un peu au niveau de l'estomac ; pesanteur après l'ingestion des liquides qu'elle vomit facilement.

Abdomen déformé par les grossesses multiples, souple et indolore à la palpation ; pas de gargouillement. Nombreuses taches rosées. Diarrhée.

La rate sentie à la palpation, a une matité de trois travers de doigt.

Le foie déborde les fausses côtes, n'est pas douloureux.

Cœur. — Rien de particulier.

Pouls. — 104, régulier et dicrote.

Poumons. — Toux sèche, sans signe pulmonaire.

Système nerveux. — Rien aux pupilles ; réflexes tendineux diminués ; pas de signes ataxo-adiynamique.

Urines. — Gros disque d'albumine.

9 juin. — L'abdomen est couvert de taches rosées.

Pas de diarrhée.

Petite ulcération au niveau du point d'insertion gingivale du frein de la lèvre inférieure,

La figure est très rouge.

Rien aux poumons.

Pas d'élévation de la température après les bains; les seins sont toujours tendus.

10 juin. — Pouls 104.

Petite ulcération sur le bord droit de la langue.

Pas de selles spontanées.

Pas d'albumine dans les urines.

Le lait présente un séro-diagnostic positif à 1/10.

12 juin. — La défervescence se fait rapidement.

Le ventre est très souple.

15 juin. — Les ulcérations buccales sont cicatrisées.

7 juillet. — La malade part en convalescence.

Son enfant, nourri au biberon, est en bonne santé.

OBSERVATION III (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice (80 bains). Pas d'ulcérations buccales.

Orsola N., vingt ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 14 septembre 1907 pour des phénomènes généraux graves ayant débuté le 8.

Parents en bonne santé. Fille unique.

Célibataire. Un enfant de quatre mois, pas de fausse couche.

La malade ne signale aucune affection sérieuse dans son enfance.

Réglée à huit ans, toujours régulièrement.

La malade a un bébé de quatre mois, *qu'elle a nourri jusqu'au matin de son entrée à l'hôpital*. Elle s'est mise au lit le 8 sep-

tembre, mais depuis quelques jours déjà, elle était courbaturée et souffrait de la tête, n'avait pas de diarrhée, pas d'épistaxis.

Elle s'est mise au lit le 8, et ne s'est pas levée depuis cette date, la diarrhée n'a pas cessé; la malade n'avait pas été purgée. Pas de vomissement.

A l'entrée, la céphalée persiste, ainsi que la diarrhée. C'est une jeune femme blonde, un peu maigre; les seins sont gorgés de lait. La malade est couchée sur le côté, cependant elle souffre un peu du ventre.

Au moment de l'examen, elle est un peu cyanosée, mais sort du bain.

Appareil digestif. — Langue saburrale, mais humide; pas d'ulcération existante ou en voie de formation. Bonne dentition.

Le ventre est souple, non ballonné. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque.

Quelques taches rosées à la base du thorax.

La rate n'est pas sentie à la palpation: matité de deux travers de doigts.

Foie. — Normal.

Cœur. — Pointe dans le cinquième espace. Les bruits sont réguliers, pas de souffle.

Pouls 96; non dicrote.

Poumons. — Quelques sibilances disséminées.

Système nerveux. — Rien de particulier.

La malade n'a pas été réglée depuis qu'elle nourrit. Son enfant a la diarrhée depuis un mois: il ne semble pas avoir été plus fatigué ces derniers temps. Il a été mis au biberon.

16 septembre. — Pouls 88.

Petit disque d'albumine dans les urines.

Diazo-réaction positive.

La malade se cyanose facilement dans le bain; les seins sont très douloureux: on fait de l'expression et de la compression.

18 septembre. — Pouls 120.

La douleur des reins a disparu. Ballonnement du ventre et diarrhée.

19 septembre. — Pouls 110.

Les seins ne sont plus tuméfiés.

Langue jolie.

20 septembre. — Pouls 102.

Pas d'albumine dans les urines.

23 septembre. — Pouls 108.

Langue dépouillée.

La malade transpire un peu. La défervescence se fait lentement et régulièrement.

2 octobre. — La malade prend son dernier bain.

17 octobre. — La malade part en convalescence.

Amaigrissement de 5 kilogrammes.

L'enfant a bien supporté son sevrage; depuis qu'il est au biberon, la diarrhée a cessé.

OBSERVATION IV (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice (101 bains). Pas d'ulcérations buccales.

Eléonore D..., vingt-neuf ans, ménagère, entre le 17 septembre 1907 à l'Hôtel-Dieu, pour des phénomènes généraux datant de quinze jours.

Père mort bacillaire à trente-cinq ans. Mère morte à trente-deux ans d'une pneumonie. Deux frères en bonne santé.

Mariée : mari bien portant. Deux garçons bien portants.

La malade nourrit en ce moment un de ses enfants qui a dix mois. Elle lui a donné le sein jusqu'au 16 septembre. L'enfant était bien portant; n'a eu ni diarrhée, ni vomissement.

La malade ne signale pas de maladie dans son enfance : pas d'adénopathie, pas de rhumatisme. Réglée à quinze ans. La malade qui est réglée en ce moment, l'est pour la seconde fois après son accouchement.

Il y a une quinzaine de jours, elle a commencé à être fatiguée,

céphalée, courbature, pas d'épistaxis, constipation, quelques frissons. Elle a fait son ménage jusqu'au 15 septembre. Epistaxis le 16. La malade est au lit seulement depuis son entrée à l'hôpital. Elle s'est mise spontanément à la diète, car elle vomissait tout ce qu'elle prenait.

La température avant l'arrivée à l'hôpital était 40°6; à son entrée, 38°6.

Actuellement, la malade ne souffre pas de la tête, ni du ventre. Constipation opiniâtre, il y a huit jours, dit la malade, qu'elle n'était pas allée du ventre, ne vomit pas; toux légère, pas de dysphagie.

Appareil digestif. — Langue saburrale, mais humide. Pas d'ulcération en aucun point. Bonne dentition.

Le ventre est souple; gargouillement à droite.

Pas de taches rosées.

La rate affleure le rebord costal dans les fortes inspirations. Matité de deux travers de doigts.

Foie. — Normal.

Cœur. — Pointe dans le cinquième espace. Pas de souffle. Les bruits sont réguliers, bien frappés.

Pouls. — 96 dicrote.

Poumons. — Respiration normale.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Les seins sont très tendus et douloureux.

On met la malade aux bains.

18 septembre. — Pouls 108.

Diazoréaction négative.

Le ventre est un peu ballonné; la malade ne va à la selle qu'avec des lavements.

Une tache rosée sur le sein gauche.

Léger disque d'albumine dans les urines.

19 septembre. — Pouls 104, régulier.

La douleur des seins a diminué.

Pharynx humide et rose.

20 septembre. — Pouls 100.

Langue sèche à peu près dépouillée.

Les urines ne renferment plus d'albumine.

23 septembre. — Pouls 110.

La malade est tranquille ; nombreuses taches rosées.

Diarrhée légère.

25 septembre. — Pouls 104.

Le ventre est aplati. Rougeur de la pommette droite, sans signes pulmonaires.

26 septembre. — Gros furoncle de la fesse gauche.

27 septembre. — La défervescence se fait normalement.

1^{er} octobre. — Pouls 84.

La malade prend son dernier bain.

21 octobre. — La malade part en convalescence.

Les seins renferment un peu de lait.

Amaigrissement de 10 kilogrammes.

Les nouvelles de l'enfant, qu'on avait régulièrement, ont toujours été satisfaisantes. Il a été sevré sans incident.

OBSERVATION V (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde grave (189 bains) chez une nourrice. Hémorragie intestinale suivie d'une rechute. Ulcérations des piliers du voile et de la langue. Escarres multiples. Phlébite de la convalescence.

Catherine J., vingt-six ans, arrive à l'Hôtel-Dieu le 29 septembre avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Elle soignait une voisine atteinte de dothiénenterie.

Parents en bonne santé.

Mariée : mari se porte bien,

2 enfants, pas de fausse couche. Ses enfants ont vingt-deux mois et dix mois.

L'enfant de dix mois a été sevré le 16 septembre parce que la malade prenait un nourrisson. Il a eu une diarrhée légère que le médecin a attribué au sevrage. Quant au nourrisson, la malade l'a allaité jusqu'au 20 environ : il n'a présenté aucune

indisposition : sa nourrice ne l'a plus allaité parce qu'elle se sentait déjà fatiguée.

La malade ne signale pas de maladie sérieuse antérieure. Réglée à seize ans et demie, mariée à vingt-deux ans.

Bien qu'elle nourrit, elle était réglée depuis quatre mois : les dernières règles sont du commencement du mois.

L'*affection actuelle* semble avoir débuté depuis une quinzaine de jours, au moment du premier sevrage. Depuis cette époque, la malade a de la courbature et surtout de la céphalée avec douleur dans la nuque. Elle a saigné du nez deux fois ; la première fois, il y a huit jours, la deuxième hier. Elle ne va à la selle qu'avec des lavements ; elle a vomi plusieurs fois chez elle.

Alitée depuis trois jours.

A son arrivée, la malade se plaint de courbature, d'une céphalée vive et de douleurs dans les reins.

Pas d'éthylisme habituel ; mais depuis qu'elle nourrissait, elle buvait régulièrement deux litres de vin par jour.

C'est une femme grasse au teint coloré.

Appareil digestif. — Langue très saburrale, mais humide ; pas d'ulcération en aucun point, mais rougeur des piliers du voile.

Le ventre est gros, mais souple. Pas de gargouillement.

Pas de taches rosées.

Rate. — Dépasse de deux travers de doigts les fausses côtes.

Foie. — Normal.

Appareil circulatoire. — Rien de particulier au cœur : les bruits sont réguliers, pas de souffle.

Pouls 116, légèrement dicrote.

Poumons. — Rien à signaler.

Corps thyroïde. — Un peu augmenté de volume. Pas d'adénopathie.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Les urines ne renferment pas d'albumine ; la diazo-réaction est positive.

Les seins sont gros et douloureux : le lait s'écoule sans aucune pression.

30 septembre. — P. = 116.

Petite ulcération sur le bord droit de la langue.

Taches rosées sur l'abdomen.

Pas de diarrhée.

La malade supporte bien les bains, mais présente souvent des élévations de la température après le bain.

1 octobre. — La malade a déliré cette nuit. Albumine légère dans les urines.

2 octobre. — P. = 128.

Délire pendant la nuit.

Pas de diarrhée.

Ulcération sur le pilier antérieur droit du voile.

Rétention d'urine passagère qui a cédé à l'application de cataplasmes.

Acné des fesses.

3 octobre. — Pommette gauche très rouge sans phénomène pulmonaire.

4 octobre. — P. = 120, dicrote.

Ulcération des piliers et de la langue.

Gros disque d'albumine dans les urines.

7 octobre. — P. = 116.

Diarrhée continue.

8 octobre. — P. = 112.

La malade chante pendant les bains.

10 octobre. — Cette nuit, à 3 heures, la malade a dans une selle spontanée, expulsé de gros caillots sans matière. On arrête les bains, et on donne un lavement à 48 degrés. Le lavement est rendu avec du sang liquide sans caillot. Depuis, on ne trouve plus de sang dans les matières.

P. = 118. Tension faible et dicrotisme.

Pas de souffle oculaire.

Langue humide et rosée; le volume du centre n'est pas modifié.

11 octobre. — P. = 132, dicrote.

La malade a pris trois lavements à 48 degrés.

13 octobre. — On reprend les bains froids à midi.

Pas d'albumine dans les urines.

14 octobre. — P. = 92.

Petite escarre sacrée.

Eruption herpétiforme des fesses,

La malade a un brusque abaissement de température sans phénomène pouvant faire songer à une complication.

15 octobre. — P. = 96.

Ce matin la température remonte; langue dépouillée.

Ventre souple et aplati. La diarrhée persiste.

18 octobre. — La petite escarre sacrée persiste et suppure un peu.

20 octobre. — P. = 124.

Albumine dans les urines.

Diarrhée verte et tenace. Langue saburrale; la malade se plaint un peu de dysphagie.

22 octobre. — P. = 150.

Les escarres vont bien et sont sèches malgré les bains. Le ventre est souple.

Rien aux poumons.

Rythme fœtal au cœur.

Pas de délire.

La langue est saburrale et porte l'empreinte de toutes les dents avec une ulcération profonde du bord droit. Pas d'ulcération pharyngée.

23 octobre. — P. = 160.

La malade a déliré cette nuit.

Elle a vomi. Beaucoup de diarrhée.

25 octobre. — P. = 144.

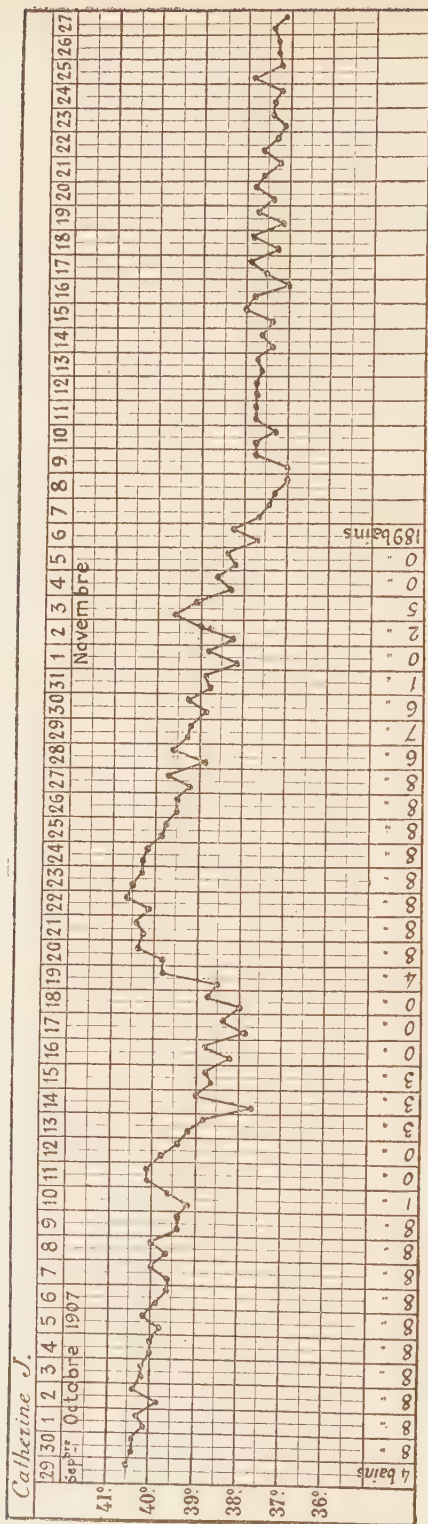
Nuage épais d'albumine.

Diarrhée tenace. Au moment où on examine les fesses, en les écartant on provoque une émission de matières.

Pas de vomissements.

26 octobre. — Gros disque d'albumine noircissant très vite. Pas de pus; dépôt de phosphates ammoniacaux magnésiens. Diazo-réaction positive.

27 octobre. — Au niveau du sacrum, petit décollement de la peau avec une collection purulente.



Tracé I. — Observation V.

P. = 118.

Diarrhée profuse, sans ballonnement du ventre.

28 octobre. — P. = 132.

30 octobre. — P. = 124.

La langue se dépouille bien. La diarrhée persiste.

Nuage d'albumine.

8 novembre. — La malade a eu il y a cinq jours une ascension thermique. On constatait alors un peu d'œdème de la jambe droite sans douleur.

Les derniers bains ont été pris le 3.

Actuellement la température est tombée; œdème de la jambe droite persiste, sans douleur.

10 novembre. — La malade a été mise en gouttière Bonnet.

L'œdème a diminué.

P. = 96.

20 novembre. — La gouttière a été gardée huit jours et enlevée à cause de l'indocilité de la malade.

La jambe droite est encore un peu tuméfiée.

Les escarres sont sèches.

La langue n'est pas complètement dépouillée.

Pas d'albumine dans les urines.

La malade s'alimente.

25 novembre. — La malade pesait 63 kilogrammes avant sa maladie; actuellement 56.

2 décembre. — La malade quitte le service.

Les seins contiennent encore du lait.

OBSERVATION VI (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde légère (32 bains) chez une nourrice. — Ulcération de la langue. — Rechute après quarante-deux jours d'apyrexie.

Marie G., vingt-quatre ans, est envoyée le 4 octobre de la Charité à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Parents en bonne santé.

Mariée : mari bien portant.

Trois enfants ; une fausse couche de trois mois et demi entre la première et la deuxième grossesse. N'a pas nourri ses deux premiers enfants.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance ; pas de rhumatisme, pas d'adénopathie, pas de bronchite sérieuse.

Les grossesses ont été normales sans albuminurie.

La malade a accouché à la Charité le 4 septembre sans incident. Elle a quitté la Maternité le 13, bien portante. Elle nourrissait alors son enfant, mais huit jours après être rentrée chez elle, c'est-à-dire le 20 septembre, elle cessait l'allaitement croyant n'avoir pas assez de lait.

Elle revient à la Charité le 30 septembre. Depuis le 15, elle ne se sent pas très bien : elle est courbaturée, a des frissons, de la constipation ; pas de céphalée, pas d'épistaxis. A son retour à la Maternité, on constate : une langue sale, une diarrhée légère, un peu de surdité, un pouls dicrote et une grosse rate. Le sérodiagnostic typhique est négatif ; la culture en plaques ne donne rien. Pas de phénomènes utérins. Le 4 octobre, on l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

C'est une jeune femme pâle, plutôt maigre, qui présente une cyanose assez marquée déjà avant la balnéation. Surdité très marquée, un peu d'obnubilation.

Appareil digestif. — Langue saburrale, mais humide. Mauvaise dentition. Ulcération en voie de formation sur le bord droit de la langue en face d'un chicot.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple ; pas de diarrhée ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de taches rosées.

Rate. — Sentie dans les mouvements inspiratoires sous le rebord costal.

Foie. — Normal.

Rien aux fesses.

Poumons. — Des deux côtés en avant, la respiration est rude, avec des sibilances disséminées. En arrière, les deux poumons sonnent bien ; à droite sur toute la hauteur, la respiration est rude et un peu saccadée.

Le rythme respiratoire est normal, la malade n'est pas oppressée.

Cœur. — Rien à signaler.

Pouls, 120, petit, non dicrote.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Corps thyroïde. — Normal.

Urines. — Léger disque d'albumine, pas de sucre. La diazo-réaction est négative.

Les seins, bien que petits et flétris, renferment encore du lait. Le retour de couches ne s'est pas produit. L'enfant qui a été mis à l'allaitement artificiel n'a pas présenté de troubles gastro-intestinaux.

7 octobre. — Pouls 112.

Quelques taches rosées sur l'abdomen.

11 octobre. — La défervescence est normale. La langue est bien dépouillée. Les urines ne renferment pas d'albumine.

15 octobre. — Hier au soir, la malade a eu 38°2 sans raison (alimentation non reprise).

Ce matin, la température est inférieure à celle de la veille à la même heure.

7 novembre. — La malade part en convalescence : les urines renferment un peu d'albumine.

Les seins sécrètent toujours.

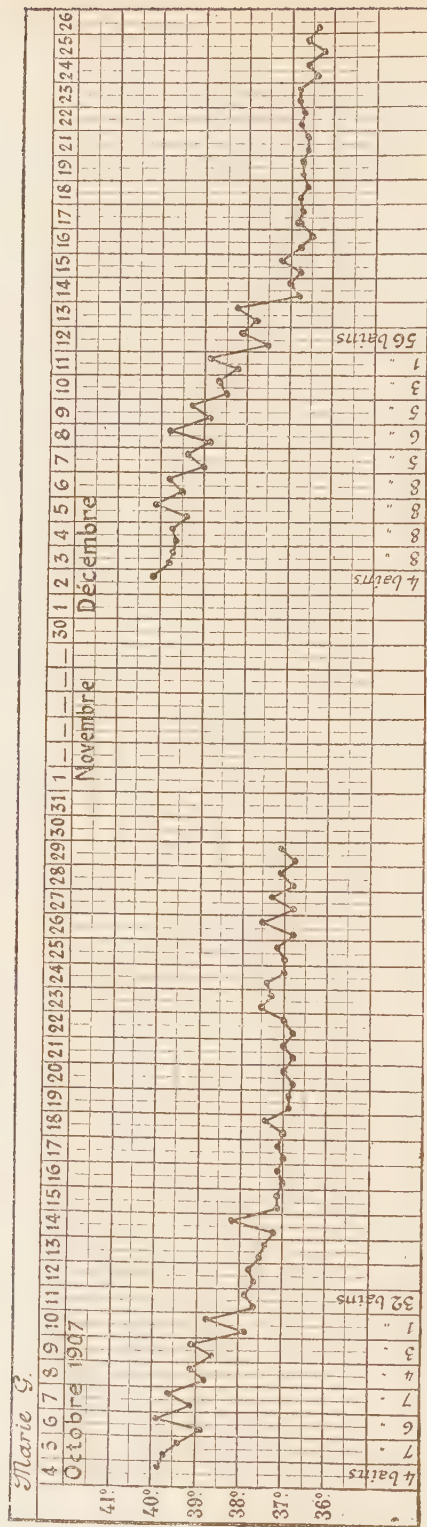
2 décembre. — La malade revient à l'Hôtel-Dieu.

Depuis sa sortie de l'hôpital, elle est restée onze jours à la maison de convalescence : elle en est sortie pour venir demander si elle pouvait reprendre l'allaitement de son enfant : on lui conseilla d'agir ainsi, mais elle n'en fit rien. Depuis huit jours, elle a des malaises : frissons et état fébrile dans la soirée.

Elle est constipée ; a eu des coliques ces deux jours passés attribuées à la réapparition des règles qui ont été peu abondantes. Pas d'épistaxis.

La malade revient donc pour ces différents motifs ; la température à l'entrée est de 40°2.

On constate un degré assez marqué de surdité, une langue sale, pas d'ulcération buccale.



TRACÉ II. — Observation VI.

L'abdomen est météorisé ; quelques taches rosées.

La rate est augmentée de volume.

P. = 116.

Les urines renferment un peu d'albumine ; la diazo-réaction est très positive.

4 décembre. — La malade n'est pas prostrée et répond bien aux questions posées.

Le début probable de la rechute paraît remonter au 27 novembre.

La malade ne va à la selle qu'avec des lavements.

P. = 96.

6 décembre. — Un peu de ballonnement du ventre sans diarrhée.

P. = 100.

La diazo-réaction est moins nette.

9 décembre. — P. = 100.

L'albumine a disparu.

Langue saburrale.

13 décembre. — Langue dépouillée, ventre aplati.

Pas de diarrhée.

P. = 84.

25 décembre. — La malade retourne à la maison de convalescence.

6 février. — La malade est vue à la Charité : elle amène son enfant qui présente des troubles gastro-intestinaux dus à une alimentation défectueuse ; il prend au biberon 2 litres de lait par jour.

OBSERVATION VII (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde grave chez une nourrice (164 bains). Une rechute.

Forme ataxo-adynamique. Tachycardie permanente. Ulcérations du pharynx et de la langue.

Marie G..., vingt-quatre ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1907 pour des phénomènes généraux graves datant de huit jours.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Mariée, mari bien portant.

Deux enfants : l'un de vingt mois, que la malade n'a pas nourri ; l'autre de huit mois, que *la malade nourrit en s'aidant du biberon*. Depuis le 18, la malade a cessé spontanément de donner le sein.

Ne signale pas de maladie dans son enfance, à part la rougeole et la coqueluche ; pas d'adénopathie. Réglée à treize ans, toujours régulièrement ; mariée à vingt et un ans ; deux grossesses normales sans albuminurie.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Depuis un mois environ, la malade accusait différents maux ; il y a deux mois, elle avait eu son retour de couches et, quelque temps après, des pertes sanglantes qui durèrent trois semaines. Ces pertes ont cessé depuis quinze jours environ. A la suite de ces pertes, la malade aurait eu une grande lassitude avec céphalées fréquentes ; pas d'épistaxis, pas de diarrhée.

Il y a huit jours, étant plus fatiguée, la malade se mit spontanément au lit et cessa d'allaiter son enfant ; elle est restée au lit jusqu'à son entrée à l'hôpital. Pendant ces huit jours, anorexie, courbature, quelques vomissements, constipation.

L'enfant n'a pas présenté de symptôme particulier.

A l'entrée, la malade est toujours courbaturée ; elle souffre de la tête, est plutôt agitée que prostrée.

Appareil digestif. — Ne va à la selle qu'avec des lavements ; langue typhique. Pas d'ulcération linguale ou pharyngée ; dentition médiocre.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple. Gargouillement à droite ; quelques taches rosées indubitables.

Foie. — Normal.

Rate. — Déborde les fausses côtes, est sentie nettement dans les mouvements inspiratoires.

Poumons. — Rien de particulier.

Appareil circulatoire. — Rien de particulier au cœur. Le pouls est dicrote à 120 ; tension moyenne.

Corps thyroïde. — Normal.

Organes génitaux. — La malade a eu quelques pertes dans la journée du 26; elles ont cessé le 27.

Les seins sont petits, un peu flétris, mais renferment encore du lait.

Système nerveux. — Rien à signaler.

Pas de signes oculo-pupillaires.

Pas de raideur de la nuque ou de Kernig.

Poids : 45 kilogrammes.

Urines : Petit disque d'albumine, pas de sucre.

Diazo-réaction positive.

28 août. — P. = 124.

La constipation persiste; transpiration légère cette nuit.

29 août. — P. = 136.

Ulcérations nombreuses superficielles bilatérales sur les piliers antérieurs du voile. Ulcération sur le bord gauche de la langue.

Un peu de délire dans la nuit.

30 août. — P. = 148.

Diazo-réaction positive. Gros disque d'albumine.

Quelques fuliginosités dans les narines.

Excitation cérébrale sans délire dans la nuit; les selles ont été abondantes. Un peu de stupeur dans la matinée.

Météorisme sus-ombilical assez marqué, sans tension.

Le soir, le pouls est à 160. La malade a un délire bruyant et chante, cependant, elle répond bien quand on lui parle. A partir de 9 heures du soir, la malade est calme et plutôt prostrée.

31 août. — P. = 120.

Depuis hier, il y a de l'incontinence des matières et des urines. Le ventre est souple.

1^{er} septembre. — P. = 136, dicrote.

Pas de délire, mais de la prostration.

L'incontinence des matières et des urines persiste.

Le soir, à 5 heures, le ventre est ballonné.

2 septembre. — P. = 132, dicrote et faible.

La malade délire depuis hier soir à 9 heures. Les abaissements de la température après le bain sont moins marqués depuis

quarante-huit heures et la température a atteint plusieurs fois 41 degrés.

Selles fréquentes diarrhéiques et involontaires.

Pas de raideur de la nuque, rien dans la musculature externe de l'œil. Pas de dyspnée, pas de cyanose.

La malade a pris encore hier 2 litres de lait; aujourd'hui, elle ne veut boire que du champagne.

Le soir, à 5 heures, le pouls est à 140; la malade est toujours prostrée, elle n'a pas reconnu son mari; cependant, en insistant bien, on arrive à lui faire exécuter un ordre (tirer la langue). Elle est restée couchée un moment sur le côté.

Battements des ailes du nez.

3 septembre. — P. = 138 après une piqure de caféine (la deuxième). Avant, le pouls était imperceptible et incomptable. Malade très prostrée, avec incontinence des matières et des urines. Le ventre est légèrement ballonné, avec dessin des anses intestinales.

4 septembre. — Diazo-réaction positive; gros disque d'albumine.

P. = 126, dicrote.

La diarrhée persiste avec incontinence; la langue est humide et dépouillée; les ulcérations sont étendues, mais restent superficielles.

Moins de stupeur qu'hier.

La malade a été assise sur son lit pour permettre l'examen du poumon; après cet examen, on compte 140 au cœur.

On continue à donner des bains.

5 septembre. — Pouls 160.

Même état que la veille. Langue très belle.

6 septembre. — Pouls 132.

La malade a demandé le bassin pour aller à la selle; les selles sont plus liées. Le délire est toujours bruyant, cependant la malade reconnaît son entourage et répond bien quand on lui parle.

7 septembre. — Pouls 124, fort, bien régulier, un peu moins dicrote.

Pour la première fois, la température semble baisser un peu. Le ventre est moins ballonné, plus souple.

La malade a trompé cette nuit la surveillance de la sœur et s'est levée en proie à une véritable hallucination; elle est tombée en se faisant une petite plaie du nez.

La langue est rose et humide. Les ulcérations du voile sont en bonne voie de cicatrisation, mais il y a une nouvelle ulcération sur le bord gauche de la langue. Un peu d'aphonie, tenant sans doute aux cris incessants poussés par la malade dans le bain. Elle boit volontiers.

9 septembre. — Pouls 140.

Léger disque d'albumine; la diazo-réaction est négative.

La diarrhée persiste, mais il y a dans les selles quelques fragments de matières moulés.

La langue est superbe.

11 septembre. — Pouls 140.

La malade a sauté le bain de minuit et celui de 9 heures du matin.

La langue est toujours bien dépouillée.

La malade saisit avec difficulté les objets qu'on lui présente, et a un peu d'ataxie des membres supérieurs. Elle arrive avec peine à lire l'heure d'une montre.

Toujours un peu de diarrhée; le ventre est souple.

13 septembre. — Pouls 124 non dicrote.

Poids 41 kilogrammes.

La malade tremble beaucoup et urine encore dans son lit. La diarrhée a cessé. Un peu de rougeur des fesses.

14 septembre. — Pouls 120.

Les règles sont revenues. La malade demande à boire.

16 septembre. — Pouls 108.

La malade transpire un peu ce matin et urine encore au lit.

La langue est plus blanche depuis que la température est tombée.

Diazo-réaction négative.

18 septembre. — Pouls 104.

Poids 40 kilogrammes.

La langue est très saburrale.

19 septembre. — Pouls 120.

Léger disque d'albumine. Incontinence des urines.

20 septembre. — Pouls 116.

La malade transpire beaucoup et boit énormément.

Sur les fesses, éruption papuleuse.

Les seins sont flasques, mais renferment encore du lait.

22 septembre. — Pouls 81.

L'incontinence des urines a cessé.

23 septembre. — Pouls 100.

Desquamation limitée aux fesses.

24 septembre. — Pouls 98, régulier.

Pas de diarrhée.

L'examen de la courbe plaide ce matin en faveur d'une rechute probable. La malade a eu des cauchemars la nuit; la langue est saburrale, mais humide; la peau est moite.

25 septembre. — La température ne prend pas la courbe prévue.

Pouls 92.

Pas d'albumine.

26 septembre. — Ce matin, la malade a eu 38 degrés. Cependant, l'alimentation n'a pas été reprise.

27 septembre. — Pouls 88.

Pas de diarrhée, pas d'albumine.

28 septembre. — Pouls 84.

La malade transpire un peu; elle s'est agitée beaucoup, a pleuré. Elle ne va à la selle qu'avec des lavements.

30 septembre. — Pas d'albumine.

La forme de la courbe depuis trois jours est incontestablement en faveur d'une rechute qui sera bénigne. Pas de stupeur, pas de diarrhée, pas de taches rosées.

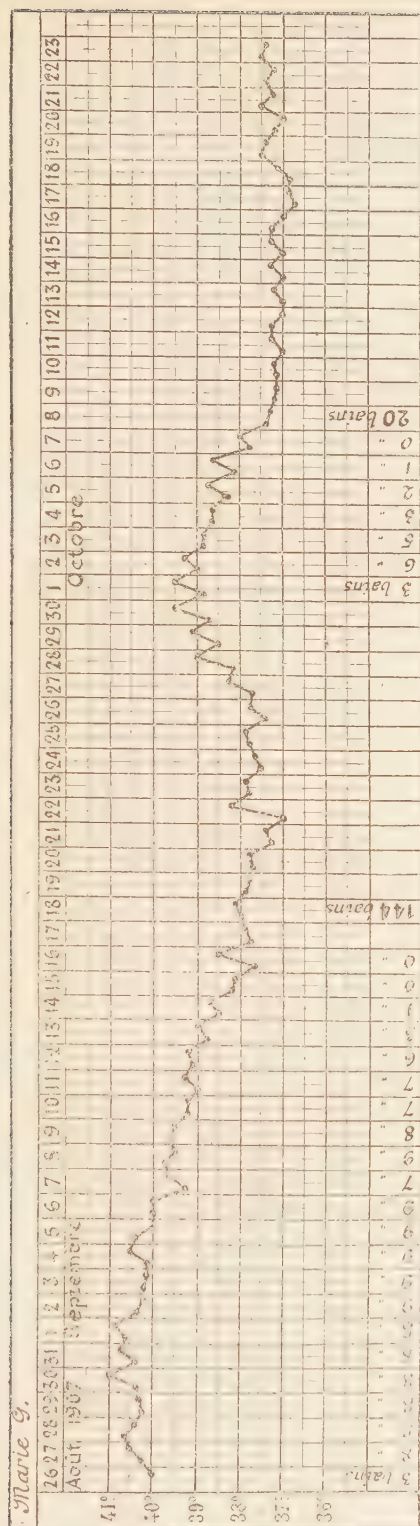
1^{er} octobre. — Pouls 128.

Constipation.

La malade est remise aux bains.

Les seins renferment encore du lait.

2 octobre. — Pouls 132.



TRACÉ III. — Observation VII.

Pas d'albumine.

Langue suburrale. Pas d'ulcération. Pas de diarrhée.

3 octobre. — Pouls 124.

Le matin, pendant sa toilette, la malade a eu une crise de nerfs.

4 octobre. — Pouls 112.

Transpiration cette nuit.

5 octobre. — Poids, 39 kilogrammes.

7 octobre. — Pouls 108.

Transpiration abondante: la malade va à la selle avec des lavements.

La défervescence est normale.

15 octobre. — Pouls 80.

20 octobre. — La convalescence est normale.

La pression des seins fait sourdre encore quelques gouttes de lait.

Pendant toute la durée de la maladie, on a eu par le mari, des nouvelles du dernier enfant: il n'a rien eu de particulier, sauf une diarrhée légère au moment du sevrage.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice (80 bains).

Ulcérations buccales multiples.

E. G..., vingt-neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Aïeuls paternels décédés l'un à soixante-douze ans, l'autre à quatre-vingt-trois ans. Aïeuls maternels décédés, l'un à soixante-douze ans, l'autre à soixante-dix-sept ans.

Le père mort à cinquante-six ans d'un cancer de l'intestin, un an après l'opération; mère encore vivante.

Antécédents personnels. — Née le 3 mars 1879; troisième enfant d'une famille de cinq enfants, tous vivants.

Coqueluche à un an; rougeole à un an et demi; à dix ans,

fièvre muqueuse. De douze à quatorze ans, rhumatisme de croissance ayant nécessité une saison à Aix.

A quinze ans, scarlatine.

Mariage le 10 avril 1905; deux beaux enfants; la fièvre thyphoïde s'est déclarée deux mois après la naissance du deuxième enfant, la mère étant nourrice.

Les premiers symptômes de fièvre ont débuté le 25 décembre 1907, peut-être même quelques jours avant.

29 décembre. — On commence les bains à deux heures de l'après-midi. Rien à l'auscultation. Langue un peu sèche, sans ulcération. Pas de météorisme, ni de diarrhée.

Pouls 104.

Diazo-réaction d'Ehrlich très positive; un peu d'albumine dans les urines.

30 décembre. — Disparition du mal de tête qui a été très violent la nuit précédente. Une toux sèche persiste. Epistaxis cette nuit légère. Pharynx séché.

Le soir, nombreuses taches rosées; pharynx lisse, ventre aplati.

Pouls 104.

Rien à l'auscultation.

31 décembre. — Diazo très nette encore. Moins d'albumine.

Après chaque bain, la malade prend 250 centimètres cubes de lait ou bouillon.

Une selle moulée après un lavement et deux selles diarrhéiques vertes.

Pouls 98.

1^{er} janvier 1908. — Selles diarrhéiques rares, ballonnement du ventre. Un peu d'excitation cérébrale.

Pouls 108.

Le soir, nouvelle poussée de taches rosées.

Pouls 118.

Continuation de la diarrhée.

2 janvier. — Matin. Deux selles diarrhéiques cette nuit sans météorisme. Nouvelles taches.

Pouls 106.

Soir. Taches nouvelles sur le ventre; pas de selle depuis ce matin.

Pouls 112.

Douleurs lombaires et aux plis de l'aîne.

Albuminurie peu abondante; diazo nette.

3 janvier. — Matin. 3 selles diarrhéiques cette nuit. Deux petites ulcérations des piliers antérieurs tout à fait au début.

Soir. Pas de selle depuis le matin.

Pouls 108.

Une nouvelle ulcération sur la face interne de la joue gauche, près de la commissure.

Albuminurie et diazo comme la veille.

4 janvier. — Matin. Pouls 110.

Ulcérations plus étendues des piliers. Deux selles moins diarrhéiques, spontanées, presque solides.

Soir. Pas de selle. Pouls 110.

5 janvier. — Matin. Pas de selles spontanées : une selle moulée après un lavement. Pendant le bain de 8 heures un vomissement abondant de lait caillé. Même état des ulcérations.

Pouls 108.

Soir. Un peu moins d'albumine. Une selle moulée. Plus de vomissement. Douleurs des lombes, des jambes et des pieds.

Pouls 112.

6 janvier. — Deux selles spontanées cette nuit. Douleurs des cuisses atténuées par suggestion.

Pouls 104.

Ulcérations buccales dans le même état. Rien aux poumons. La langue commence à se dépouiller. Douleurs dans la plante des pieds.

Soir. Pouls 106.

7 janvier. — Matin. Pouls 102.

Soir. Les bains portés de 22 à 25 degrés ont déterminé une sensation de froid généralisée plus marquée et une élévation de la température après le bain qui ne s'était pas produite depuis plusieurs jours.

Pouls 106.

Deux selles spontanées, moulées et abondantes.

Ventre simple et aplati. Commencement de cicatrisation des ulcérations buccales.

Même alimentation depuis le début : 2 litres de lait, café, champagne.

8 janvier. — Moins d'albumine.

Diazo-réaction douteuse.

9 janvier. — Pouls 100.

Douleurs des pieds très accentuées.

Soir. Pouls 106.

Les ulcérations se détergent, toujours quelques taches rosées.

10 janvier. — Pas d'albumine. On supprime la glace sur le ventre.

11 janvier. — Pouls 96. Quelques taches récentes. Ulcérations presque complètement cicatrisées. Deux selles moulées, Brûlures aux pieds. Langue dans le même état.

Pas une seule fois, depuis le début, la malade ne s'est plainte des seins. Les trois jours qui ont précédé les bains, on a tiré le lait au tire-lait.

12 janvier. — Pouls 88.

Encore quelques taches rosées; ulcérations à peine visibles, Toujours rien aux poumons, douleurs des pieds.

Les seins très flétris renferment encore un peu de lait.

13 janvier. — Pouls 88.

Une selle moulée. Plus d'ulcération. Taches encore visibles. Plus d'albumine. Diazo négative. Un petit furoncle de l'aisselle gauche. Douleurs très vives des pieds et des mains.

14 janvier. — Pouls 88. Encore quelques taches sur le ventre.

15 janvier. — Pas d'albumine.

Douleurs des pieds très vives, revenant par accès de vingt à trente minutes. Une pommade au salicylate de méthyle est sans effet. Pouls 82.

Taches moins visibles. Pas de selle.

16 janvier. — Pouls 82.

Taches encore visibles : la température n'a pas dépassé 37°6. Depuis quatre jours, la malade ne prend pas de bains.

Deuxième furoncle de l'aisselle.

17 janvier. — Pouls 80.

Pas de selles. Disparition de la douleur des pieds. Les taches rosées sont presque complètement effacées.

19 janvier. — Pouls 74.

Constipation. Trois lavements glycerinés sans résultat.

20 janvier. — Pouls 62.

La constipation persiste. Les furoncles se sont ouverts spontanément.

On commence à alimenter la malade.

L'enfant qui est au biberon depuis le 23 décembre, n'a pas présenté de symptômes particuliers.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devic.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice (10 bains).

Marguerite Q..., vingt-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 octobre 1896, pour une fièvre typhoïde.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Pas de maladies graves dans l'enfance.

Réglée à quinze ans régulièrement; mariée à vingt-deux ans; mari en bonne santé.

Quatre enfants : l'un mort à quatre jours.

Le second, mort en venant au monde; le troisième bien portant âgé de trois ans; le quatrième, âgé de quelques mois, allaité par sa mère.

Depuis près de un mois, la malade ne se sentait pas très bien; pas d'appétit, perte des forces. Le 15 octobre, la malade eut de grands frissons avec claquement des dents. Etat nauséux. Pas de diarrhée, pas d'épistaxis.

17 octobre. — Elle se met au lit et on suspend l'allaitement. La température oscille entre 39 et 40 degrés.

22 octobre. — La malade entre à l'hôpital. Elle est mise aux

bains froids le 23 et le 24. A partir du 25, la température reste au-dessous de 39 degrés. La défervescence se fait rapidement.

La malade quitte l'hôpital le 5 novembre, malgré l'avis du médecin. Elle doit reprendre l'allaitement de son enfant.

On n'a pas eu de nouvelle ultérieurement.

OBSERVATION X

(M. Péhu, *Journal d'obstétrique, de gynécologie
et de pédiatrie pratiques*, 1907.)

L. E..., dix-neuf ans, entrée le 26 septembre 1906 à l'Hôtel-Dieu. Sortie le 15 octobre 1906.

Vient à l'hôpital parce qu'elle a de la fièvre et des douleurs abdominales.

Antécédents personnels assez chargés, à l'âge de huit ans, fièvre scarlatine qui lui laisse de l'albuminurie. A eu dans la seconde enfance des malaises qu'elle ne peut préciser. A habité le Tonkin pendant cinq ans; toute sa famille fut atteinte de fièvre paludéenne; elle-même fut épargnée. Durant son séjour, elle a eu une bronchite longue, pour laquelle on lui fit des pointes de feu aux deux sommets.

Elle a accouché il y a huit mois d'un enfant qu'elle nourrit, elle lui donnait le sein exclusivement jusqu'au mois dernier; depuis, il prend en outre quelques biberons.

L'affection actuelle a débuté il y a une quinzaine de jours par une grosse fatigue, de la courbature générale, de la céphalée.

En même temps apparurent de violentes coliques dans la fosse iliaque droite, coliques qui ne s'accompagnèrent pas de diarrhée. Pas d'épistaxis.

La malade fut obligée de s'aliter, mais elle continua tout de même l'allaitement de son enfant jusqu'à ce qu'un médecin consulté lui conseille d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Elle arrive à l'hôpital avec une température de 40 degrés et un état légèrement prostré; elle se plaint surtout de son mal de tête.

L'abdomen est tendu et l'on perçoit du gargouillement dans la fosse iliaque droite qui est très douloureuse au palper.

Quelques taches rosées abdominales sur la paroi. Langue saburrale. Pas d'hypertrophie hépatique. La rate est augmentée de volume. Aux poumons, râles de bronchite disséminés. Bruits du cœur bien frappés. Pouls à 100. Réflexes normaux. Pas de diarrhée. Pas d'albumine. La température oscille entre 39 et 40 degrés.

29 septembre. — La malade est prise de douleurs abdominales violentes qui cèdent à l'application de glace sur le ventre.

Séro-réaction sanguine franchement positive.

L'examen du lait a donné une séro-réaction positive.

5 octobre. — Depuis le début de la maladie de la mère, l'enfant n'a aucun trouble. Son poids a augmenté progressivement. Le sevrage forcé n'a entraîné chez lui aucun symptôme fâcheux.

11 octobre. — Persistance de la sécrétion lactée dans les deux seins.

La convalescence s'accomplit dans des conditions normales. Hors ces douleurs de ventre signalées plus haut, la fièvre typhoïde a évolué sans aucune particularité.

15 octobre. — La malade sort guérie de l'hôpital.

26 octobre. — On a revu la malade en ville : son enfant n'a jamais eu la moindre fatigue ; il est toujours plein de santé.

OBSERVATION XI

(M. Péhu, *Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques.*)

X..., vingt et un ans, originaire du Piémont. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents personnels. Pas de paludisme.

Donnait le sein depuis le 26 août 1905 à un enfant de huit mois et demi qui, depuis un mois environ, présentait des troubles digestifs très accusés. Cette fillette était nourrie artificiellement depuis l'âge de quatre mois ; devant la ténacité de ces troubles digestifs très accusés, malgré toutes les médications employées,

on décide de donner une nourrice à l'enfant qui pesait à ce moment 7 kg. 030.

4 septembre. — Début de la maladie de la nourrice par de l'inappétence, de la céphalée ; la langue est légèrement saburrale, il n'y a pas de diarrhée. La fièvre oscille entre 38°5 et 37 degrés ; mais au bout de quarante-huit heures elle subit une défervescence complète, de telle sorte qu'on décide de continuer néanmoins l'allaitement, croyant à une indisposition passagère.

L'enfant n'a que peu de symptômes, des selles un peu fréquentes, peu diarrhéiques, mais au bout de huit jours on constate une déperdition de poids de 70 grammes environ, alors que la sécrétion lactée était très suffisante.

12 septembre. — Nouvelle période fébrile constatée chez la nourrice. Symptômes généraux identiques. Pas de diarrhée, pas de taches rosées, mais on constate une augmentation de volume de la rate. On cesse alors complètement l'allaitement par la nourrice et on donne du lait humanisé. Immédiatement son état s'améliore, les selles diminuent de fréquence : la courbe du poids prend une marche ascendante.

Les symptômes chez la nourrice s'accusent davantage, mais à aucun moment ne se montre un état typhique nettement caractérisé. Toutefois, en raison des signes persistants, on l'envoie à l'hôpital Saint-Pothin, le 25 septembre.

Le séro-diagnostic a été le lendemain nettement positif. La sécrétion lactée qui était déjà diminuée a cessé progressivement.

La malade est restée peu de temps à l'hôpital. La dothiéntérie a évolué chez elle avec la plus grande simplicité et les suites de la maladie ont été absolument normales, la convalescence s'étant rapidement établie.

OBSERVATION XII

M. Péhu (*Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 1907).

G. L..., trente ans, ménagère, née à Commonstattes (Italie),

entrée le 25 août 1906 à l'Hôtel-Dieu ; sortie dans les premiers jours d'octobre.

Arrive avec le diagnostic de dothiéntérie. Rien dans les antécédents. Réglée très régulièrement. La maladie actuelle a fait revenir les règles.

Début de la maladie, il y a huit jours, par une céphalée intense avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, sans épistaxis, sans diarrhée. Faiblesse générale extrême, puis la céphalée a cédé. A l'entrée, strabisme ancien de l'œil droit. Congestion des bases pulmonaires. Submatité à la base droite. Abdomen non douloureux.

Quelques taches rosées abdominales. La rate mesure quatre travers de doigts. Le cœur est régulier. Tachycardie sans bruits surajoutés. Le pouls est à 108.

La langue est saburrale, sèche. Pas d'ulcérations pharyngées. Pas de diarrhée, ni de constipation.

10 septembre. — Va bien. Evolution tout à fait normale de la dothiéntérie. Son enfant, qu'elle a nourri pendant quelques jours au début de la maladie, va parfaitement bien : il est âgé de quinze mois. La malade a pris 41 bains.

14 septembre. — Etat général très satisfaisant. Persistance de la sécrétion lactée dans les deux seins.

16 septembre. — Encore quelques gouttes de lait dans les deux seins qui ont d'ailleurs beaucoup diminué de volume. Etat général excellent. Convalescence normale.

29 septembre. — Séro-réaction du lait négative.

OBSERVATION XIII

M. Péhu (*Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*).

S. M..., vingt-neuf ans, ménagère, entrée le 15 août 1906 à l'Hôtel-Dieu. Sortie le 20 septembre 1906.

Entrée pour de la fièvre avec asthénie. La maladie a débuté chez elle alors qu'elle se trouvait à Givors, se traduisant d'abord

par des céphalées, une sensation de fièvre, des douleurs dans les jambes. Pas de diarrhée, constipation au contraire. La diarrhée ne s'est déclarée qu'à l'entrée même de la malade à l'hôpital. Elle a pris une purgation le 14 août pour faire passer son lait, dit-elle. Elle a continué à nourrir son enfant jusqu'à la veille même de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire pendant une dizaine de jours depuis le début de son affection.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents personnels.

À l'entrée, signes de dothiéntérie classique de moyenne intensité et sans caractère anormal. L'affection a évolué d'ailleurs sans particularité. La malade a pris 76 bains. La convalescence s'est vite et bien établie.

12 septembre. — La séro-réaction a été positive. Ce jour-là, on note la persistance de la sécrétion lactée dans les deux seins, sécrétion suffisante pour permettre également une séro-réaction : celle-ci, recherchée dans le laboratoire du professeur Arloing est *nettement positive* complète à 1 pour 50 et au delà.

Revue le 1^{er} octobre, la malade est en parfaite santé.

L'enfant, âgée de un an au moment du sevrage brusque, a présenté des troubles digestifs. Elle était nourrie exclusivement par sa mère au début de la fièvre typhoïde de cette dernière. Elle a pris les premiers mois du lait de vache, puis uniquement le sein maternel. Dès qu'elle a été sevrée, elle a eu la diarrhée (10 selles par jour). On a essayé le régime féculent sans résultat et, comme elle ne peut être soignée convenablement chez elle, on l'envoie à la Charité dans le service de M. le professeur Weill alors suppléé par M. le Dr Thévenet. Elle y entre le 28 août, comme le montre l'observation qui m'a été obligeamment communiquée par M. le Dr Thévenet ; elle n'avait alors aucun signe de dothiéntérie. Au bout de peu de jours, d'ailleurs, la fièvre, qui oscillait autour de 38 degrés, tomba complètement ; le poids augmenta de 6.900 à 7.070 grammes depuis le 28 août jusqu'au 26 septembre. La séro-réaction, recherchée le 30 août, fut notée comme faiblement positive, avec des bacilles encore très mobiles.

1^{er} octobre. — L'enfant allait très bien.

OBSERVATION XIV

M. Péhu (*Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 1907).

G. L. ., ménagère, trente-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 26 août 1906. Sortie le 30 septembre.

Envoyée avec le diagnostic de dothiéntérie. Personnelle-ment, pas de maladies graves. Réglée toujours régulièrement. Mariée depuis deux années. Deux fausses couches. Début de la maladie il y a dix jours. Depuis quelque temps traînait un peu. Depuis dix jours, faiblesse générale, céphalée, diarrhée; s'est alitée il y a une semaine. A continué à donner le sein à son enfant âgé de quinze mois, sans que celui-ci présente aucun symptôme.

A l'entrée, un peu d'agitation. Rien au cœur, ni aux poumons. Le pouls est à 100. Pas de douleurs dans le ventre. Quelques taches rosées abdominales. La rate mesure trois travers de doigts, n'est pas perceptible à la palpation. La langue est rouge, sèche. Sensation de douleur pharyngée. Diarrhée assez forte. Température à 40 degrés.

10 septembre. — Evolution normale de la maladie. Chute progressive de la température en lysis. Pas d'accident à signaler. L'enfant qu'elle a nourrie pendant une semaine, étant elle-même malade, ne présente aucune particularité. La sécrétion lactée persiste, quoique atténuée, dans les deux seins. La malade a pris en tout quarante-trois bains.

14 septembre, — Persistance de la sécrétion lactée dans les deux seins.

26 septembre. — Les seins sont toujours aussi gros et on obtient facilement du lait crémeux à la pression des seins des deux côtés.

La recherche de l'agglutination dans le sérum sanguin et dans le lait a donné les résultats suivants :

Sang : 29 août. — Agglutination faible.

10 septembre. — Agglutination positive au 1/30 et au 1/50.

Lait : 29 août. : Agglutination nette.

10 septembre. — Agglutination nette.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mollard.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice de six mois (96 bains).

Louise G..., vingt-six ans, est amenée le 30 octobre 1906 à l'hôpital parce que, fatiguée déjà depuis quelque temps, elle a depuis quelques jours de la fièvre et est très abattue.

Elle habite un village où sévit une épidémie de fièvre typhoïde.

Mère bien portante. Père mort âgé.

Deux sœurs et un frère en bonne santé ; trois frères ou sœurs sont morts en bas-âge de convulsions.

Mariée. Deux enfants bien portants ; pas d'enfant mort ou de fausse couche.

Pas de maladie antérieure ; mais la malade n'a jamais été très robuste ; elle se plaint souvent de troubles digestifs,

Il y a un mois, la malade se sent un peu fatiguée, sans entrain, sans appétit. Elle souffrait de maux de tête ; mais un médecin, consulté il y a trois semaines, ne trouva pas de fièvre.

Il y a sept à huit jours que les malaises généraux ont augmenté et que la malade croit avoir de la fièvre ; malgré cela, elle se levait chaque jour et vaquait à ses occupations.

Elle a un enfant de six mois *qu'elle n'a cessé d'allaiter que pour venir à l'hôpital.*

Pas d'épistaxis.

A l'entrée, la malade est pâle, un peu abattue, mais sans prostration, sans délire,

Appareil digestif. — La langue n'est pas très saburrale, un peu rouge sur les bords ; pas d'ulcération du voile.

L'abdomen un peu volumineux (il n'a pas repris son volume normal depuis le dernier accouchement) n'est pas ballonné, ni météorisé ; un peu douloureux dans toute son étendue. Gargouil-

lement dans la fosse iliaque droite (bien que la malade prétende n'avoir pas la diarrhée).

Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

La rate donne plusieurs travers de doigt de matité; on sent son pôle inférieur sous les fausses côtes.

Pas de taches rosées.

Aux poumons : Pas de signes fonctionnels; quelques râles muqueux disséminés; à la base droite, submatité et légère obscurité respiratoire; quelques râles fins.

Au cœur : Bruits bien frappés. Normaux.

P. = 96, régulier.

T. = 40 degrés.

Urines : Un peu foncées, disque épais d'albumine.

Les seins, non douloureux, sécrètent en abondance.

9 novembre. — P. = 104. Le pouls a atteint plusieurs fois 120.

La malade se sent bien; ventre un peu ballonné, sans diarrhée.

Matité à la base du poumon gauche; un peu d'obscurité respiratoire.

11 novembre. — Les signes du côté de la base gauche ont disparu.

P. = 120.

16 novembre. — Depuis deux jours, la malade ne va plus au bain. Le pouls est très petit à 120. La rate est toujours grosse; il y a des taches rosées. L'état général est bon.

Les urines ne renferment plus d'albumine.

28 novembre. — La malade quitte le service; la convalescence a été normale.

Les seins contiennent encore un liquide plus clair que le lait.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mollard.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice de six mois et demi (93 bains).

Marie G..., vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 4 septembre 1901.

Parents en bonne santé; quatre frères ou sœurs bien portants.

La malade a été réglée à dix-sept ans. Mariée à vingt et un ans, a eu deux fausses couches. Un enfant mort à deux mois et demi, un vivant âgé de six mois et demi que *la malade nourrit en ce moment*.

Pas de maladies antérieures,

L'affection actuelle a débuté il y a huit jours, par quelques frissons, un malaise général, de la céphalée, de la courbature; pas de toux. Le lendemain, deux à trois vomissements de coloration verdâtre peu abondants; pas de mal de gorge. Constipation dès le début qui a duré deux jours et qui, au bout de ce temps, fut remplacée par de la diarrhée à raison de deux à trois selles par jour; un peu de douleur abdominale.

Actuellement. — La céphalée est moins intense qu'au début; la douleur est localisée surtout au front et dans la région occipitale; elle est exaspérée par les mouvements. Pas de bourdonnement d'oreille, pas d'épistaxis.

Insomnie assez accentuée; un peu de prostration, mais la malade cause volontiers et bien.

La langue, humide, à peine blanche, est rouge sur les bords et à la pointe; pas d'angine. Appétit très diminué. Quelques vomissements.

La diarrhée est à peu près passée; les selles sont jaunes, grumeleuses. Le ventre est légèrement ballonné. Au niveau de la fosse iliaque, on a un léger gargouillement; un peu de sensibilité à la pression.

Pas de taches rosées.

La rate a une matité de 3 à 4 travers de doigts sur la ligne axillaire; pas douloureuse à la pression.

Poumons : pas de râle de bronchite, pas de toux, pas d'expectoration.

Foie : son volume paraît absolument normal.

Cœur : rien de particulier.

Pouls : bon, à 104, non dicrote.

T. = 39°5.

Les urines, foncées, renferment un léger disque d'albumine.

11 septembre. — Quelques taches rosées depuis hier.

27 septembre. — P. = 104. T. = 37°9.

13 octobre. — A partir de la fin septembre, la malade était franchement en convalescence. La convalescence a été normale.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Mollard.)

Fièvre typhoïde à forme hémorragique chez une nourrice. Entrée au quatrième septenaire environ. Mort au huitième jour. Autopsie.

B. Marie, vingt-deux ans, amenée le 6 juin 1906 à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Mère bien portante; ni frère, ni sœur.

Mariée : un enfant de deux mois bien portant que la malade a nourri jusqu'à il y a trois semaines. A eu une fausse couche, il y un an et demi; a eu à l'âge de quatorze ans une rougeole assez grave. Pas d'autre maladie. Est depuis longtemps anémique.

Après son dernier accouchement (il y a 2 mois), les suites de couches ont été normales; *on avait conseillé à la malade de ne pas nourrir*: elle était faible, mais ne toussait pas et n'avait pas de malaises spéciaux.

Il y a un mois, elle commença à se sentir fatiguée : maux de tête, lassitude générale. Elle vit un médecin, il y a trois semaines : sa température était alors de 39°3.

Elle s'alita et cessa de donner le sein.

Depuis trois semaines, elle tousse un peu, a des points de côté de temps en temps; la fièvre a augmenté, est montée jusqu'à 40 degrés et s'est régulièrement maintenue entre 39 et 40 degrés.

Depuis hier, elle cracherait du pus mélangé de sang? (L'examen montre qu'il s'agit en réalité d'hémorragies gingivales.)

Il existe également des troubles digestifs, qui ont consisté en une constipation opiniâtre au début; la constipation s'est terminée, il y a une dizaine de jours par une véritable débâcle de

matières très dures, et depuis, la malade aurait la diarrhée. Quelques vomissements.

Tous ces renseignements sont donnés par le mari : la malade est trop fatiguée pour répondre et elle a de temps en temps du subdélire.

A l'examen. — La malade paraît être dans un état d'adynamie profonde. Le facies est pâle, le teint plombé, les lèvres décolorées.

En dehors de ces symptômes, rien ne frappe à première vue : pas d'agitation, pas de dyspnée, pas de toux.

Appareil digestif. — Les gencives présentent sur leurs bords une teinte hémorragique. Elles sont violacées, avec, du reste, des traces d'hémorragie. Sur la lèvre inférieure, du côté de la muqueuse, existe une petite phlyctène qui s'est vidée, mais paraît elle aussi avoir eu un contenu hémorragique. Sur le voile du palais, on voit un piqueté hémorragique très peu accentué.

La langue est saburrale, recouverte d'un enduit noirâtre; rien à la gorge.

Le ventre n'est pas ballonné, pas douloureux; il est un peu gros pourtant, et la palpation est un peu sensible, sans être douloureuse, au-dessous des fausses côtes, à droite. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le foie déborde les fausses côtes; on le sent à la palpation jusqu'à trois bons travers de doigts au-dessous.

La rate n'est pas sentie, mais donne à la percussion une zone de matité très nette.

Aux poumons. — Quelques signes très discrets de bronchite. Rien aux sommets.

Au cœur. — Le pouls est un peu petit, régulier, mais rapide, 128.

A l'auscultation, le premier bruit est assourdi; il y a une tendance à l'embryocardie.

Rien du côté des téguments. Pas de tache rosées lenticulaires.

Les seins ne sont pas douloureux, la lactation persiste encore assez abondante; le lait est jaune, épais.

Rien de particulier au toucher vaginal.

T. = 38°6.

Urines, disque net d'albumine.

8 juin. — Depuis son entrée, la malade n'a cessé d'avoir des hémorragies gingivales (sang brun noir, non coagulable). Elle a présenté hier sur la face interne des lèvres et des joues quelques phlytènes à contenu hémorragique.

La température oscille autour de 39° 6.

Le cœur est toujours rapide, mais l'embryocardie est moins nette et le premier bruit est mieux frappé (la malade prend 1 gr. de caféine).

Le ventre est un peu ballonné.

Les urines sont plus claires, mais contiennent toujours un disque net d'albumine.

Le séro-diagnostic fait à l'entrée a été positif, même à 1/50.

10 juin (soir). — L'état général est de moins en moins bon. Les hémorragies gingivales sont incessantes. Il existe depuis hier des phlyctènes hémorragiques sur les bords de la langue. Le piqueté hémorragique du voile du palais a augmenté.

La malade a depuis ce matin des vomissements : il n'y a pourtant pas de signe de péritonite. Le ventre est plutôt moins ballonné qu'il y a deux jours : il est souple, non douloureux. On a du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Un bain a déterminé un commencement de syncope.

Une selle assez abondante est constituée par du sang presque pur, en partie digéré, mais, en partie, encore rouge et coagulé.

Le pouls est très rapide, mais bon comme tension. Les signes du côté du cœur ne se sont pas sensiblement modifiés.

A cause de l'hémorragie intestinale et de la grande faiblesse de la malade, chez qui à tout moment on craint une syncope, on arrête les bains.

Injectons de sérum artificiel ; injections d'huile camphrée.

11 juin. — Il n'y a pas eu de nouvelle hémorragie intestinale. La température qui s'était abaissée est remontée à 40°9. Les vomissements ont cessé.

Le ventre est souple, non douloureux.

Le pouls reste sensiblement le même à 128 et de tension suf-

fisante. Au cœur, les bruits sont bien frappés ; la tendance à l'embryocardie n'est pas plus marquée.

Une tache rosée au niveau de la fosse iliaque droite.

12 juin. — Les hémorragies gingivales augmentent.

Il existe maintenant de larges phlyctènes hémorragiques sur les muqueuses des joues et de la langue.

Le cœur est embryocardique.

Le pouls, petit, est à 160. La malade baisse très rapidement.

12 juin. — Au soir, l'état paraît stationnaire. Il y a eu cet après-midi des vomissements contenant des caillots de sang.

13 juin. — Mort à 8 h. 1/2 du matin.

Autopsie (vingt-quatre heures après la mort).

Les lésions observées sont celles d'une fièvre typhoïde typique ; avec hémorragies multiples : intestin, estomac, œsophage, bouche et gencives ; hématomes de la gaine des grands droits ; ecchymoses au niveau de la peau (dans les points où on avait fait les injections de sérum), au niveau des séreuses pleurale et péricardique.

Poids des organes :

Foie	2200	grammes
Rate	350	—
Cœur	250	—
Rein droit	165	—
Rein gauche.	160	—

Examen des organes.

Tube digestif. Cavité buccale. — Les lésions sont celles qu'on avait constaté pendant la vie.

Œsophage. — A la partie moyenne, on trouve une surface de quelques centimètres carrés, où existent des caillots un peu adhérents. Les caillots enlevés, la muqueuse paraît abrasée : le fond de cette ulcération superficielle est congestionné.

Estomac. — Toute la surface muqueuse de l'estomac est recouverte de petites taches hémorragiques ; les unes de teinte noire et comme pigmentées, les autres de couleur plus rouge.

En deux points différents, ces taches ont les dimensions d'une pièce de 20 à 50 centimes.

Leur coloration est rouge violacée ; la muqueuse à ce niveau est légèrement ulcérée. Ces lésions, qui ne paraissent pas profondes, se voient pourtant par transparence sur la face séreuse. (Il est douteux qu'elles aient donné lieu à des hémorragies. L'estomac contenait du sang, il est vrai, mais il est difficile d'en fixer l'origine étant donné les hémorragies de la bouche et de l'œsophage.)

Intestin. — Lésions absolument typiques de la fièvre typhoïde sur la partie terminale de l'intestin grêle et le côlon ascendant.

(L'iléon et le gros intestin étaient remplis de sang noir. L'hémorragie avait dû être considérable dans les dernières heures de la vie.)

Sur toute la longueur de l'intestin, on trouve des follicules clos congestionnés et en voie d'ulcération. A leur niveau, les tuniques intestinales sont diminuées d'épaisseur, on voit par transparence les lésions du côté de la séreuse. Les plaques de Peyer sont turgescentes, violacées. Leur aspect rappelle celui de furoncles ; la pression en fait sortir des caillots analogues à des bourbillons. Les follicules de l'appendice sont également très congestionnés et ulcérés.

Ces lésions sont très abondantes, presque confluentes sur la partie inférieure de l'iléon et dans le cæcum, moins abondantes mais aussi accentuées sur le côlon ascendant. Le côlon transverse et le côlon descendant présentent une teinte hémorragique diffuse sans véritables ulcérations.

Il n'y a pas de perforation intestinale.

Rate. — Diffuente, sans consistance.

Le doigt s'enfonce sans difficulté.

Foie. — Enorme, mou, pâle et décoloré.

Reins. — Un peu gros, blancs ; se décortiquant mal, la capsule entraîne des débris du parenchyme.

Cœur. — De teinte feuille morte. Les cavités ne paraissent pas dilatées. Rien au niveau des valvules ; pas d'insuffisance à l'épreuve de l'eau. Pas de liquide ni d'exsudats dans le péricarde.

On voit à la surface du cœur de nombreuses petites ecchymo-

ses sous-péricardiques. Ces ecchymoses de la dimension d'une tête d'épingle sont superficielles. Leur teinte est rouge vif.

Poumons. — Des deux côtés, les poumons sont congestionnés aux bases, mais à gauche, le parenchyme crépite partout et l'infiltration sanguine n'est pas considérable.

A droite, au contraire, à la base et sur le bord postérieur du lobe inférieur, on trouve une région du volume d'une petite mandarine, à bords peu nets où l'infiltration hémorragique est considérable. Le parenchyme densifié ne crépite pas ; il est noir à la coupe, ne surnage pas dans l'eau ; l'aspect de cette région est celui d'un *infarctus diffus festonné*.

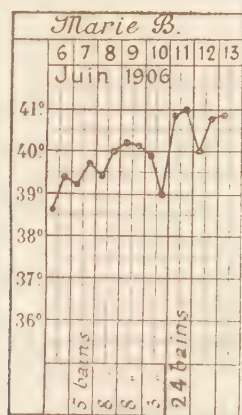
Pas de liquide dans les plèvres.

Petites ecchymoses nombreuses, mais peu étendues au niveau des plèvres pariétales.

Hématomes de la gaine des grands droits.

Ecchymoses étendues au niveau des cuisses (injection de sérum et d'huile camphrée).

Rien du côté des organes génitaux : l'utérus est petit, ne porte pas de traces d'hémorragie.



TRACÉ IV. — Observation XVII.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Mouisset.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice, contractée à l'hôpital
(41 bains). Rechute.

Emilie F..., dix-neuf ans, est envoyée de la Charité à l'Hôtel-Dieu, le 7 janvier 1907, avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Ne connaît pas ses parents.

Rougeole à huit ans; pas d'autres maladies.

Avait une bonne santé habituelle.

Réglée à treize ans, régulièrement.

Mariée à dix sept ans.

La malade a accouché il y a quinze mois; sa grossesse avait été normale; la malade a nourri son enfant pendant cinq mois, puis elle a été admise comme nourrice à la Charité où elle a donné le sein à deux nourrissons à peu près régulièrement. Elle n'a pas quitté l'hôpital de la Charité ces derniers mois.

L'affection actuelle a débuté vers le 25 décembre, par un peu de courbature, des douleurs dans la nuque et dans les reins, un peu de perte de l'appétit.

1^{er} janvier. — Ces malaises se sont accrus. La malade a eu des frissons, des maux de tête à la nuque et sur le front, des sensations de vertige lorsqu'elle s'asseyait sur son lit. Elle s'est mise au lit le 1^{er} janvier et, depuis ce moment-là, sa température a été prise régulièrement

Elle avait 39°5 le premier soir et depuis sa température s'est élevée progressivement.

Elle entre actuellement avec une température de 40 degrés. Elle n'a pas eu d'autres troubles fonctionnels: pas d'épistaxis, elle tousse un peu depuis le début de sa maladie.

Pas de diarrhée; elle aurait été constipée pendant les premiers jours, actuellement elle a une selle quotidienne non diarrhéique. Elle n'a pas souffert du ventre.

Elle a continué à allaiter ses deux nourrissons jusqu'au 5 janvier. A cette date, le séro-diagnostic typhique était positif. Ces derniers jours, le lait avait diminué de quantité.

Etat actuel.

C'est une malade au facies coloré, qui ne présente pas de torpeur et répond très bien.

Elle ne se plaint pas de souffrir, mais accuse seulement depuis le début de sa maladie des sueurs abondantes, surtout nocturnes.

Appareil digestif. — La langue saburrale à sa base est dépouillée à sa pointe et sur les bords qui sont tapissés de papilles saillantes. La gorge est rouge; on ne remarque pas d'ulcération, mais un piqueté rougeâtre sur les piliers du voile.

L'abdomen est souple, non ballonné, pas du tout douloureux. On note trois ou quatre taches rosées autour de l'ombilic. Gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate donne une matité de 5 centimètres de hauteur environ. Elle n'est pas accessible au palper.

Le foie est normal.

Le pouls est régulier, rapide 120; de tension faible, sans diastolisme net.

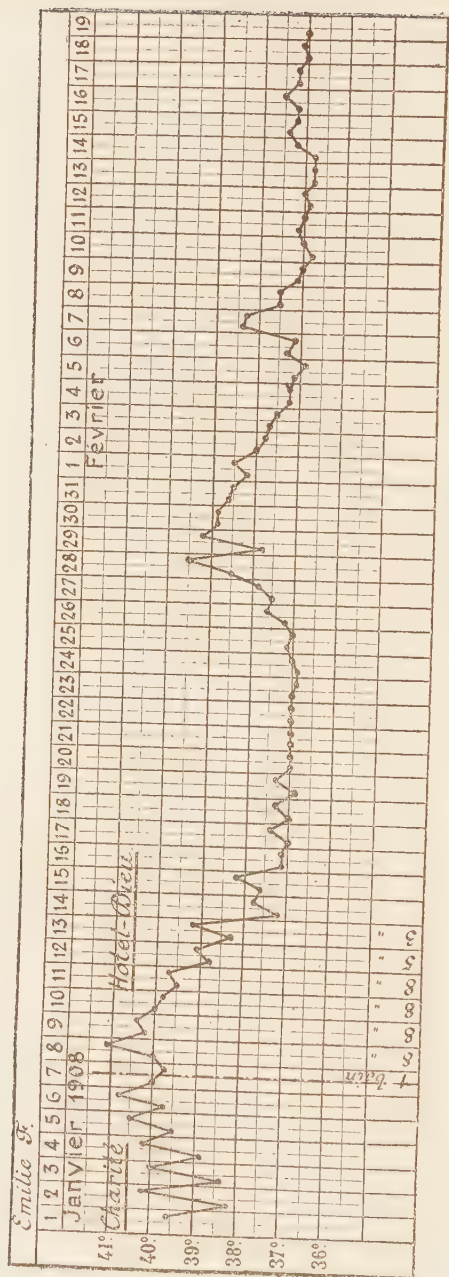
La pointe du cœur est dans le cinquième espace sous le mamelon; les bruits sont réguliers, bien frappés. A la pointe cependant le premier bruit est un peu plus sourd que normalement. Il n'y a pas de trouble du rythme.

La malade tousse assez fréquemment; depuis quatre ou cinq jours elle avait des crachats muqueux.

Aux poumons: la sonorité est normale sous les clavicules et dans les creux sus et sous épineux; il n'y a pas de modification des bruits respiratoires aux sommets.

Dans le reste des poumons, la sonorité est normale jusqu'aux bases. On entend quelques râles muqueux disséminés, très peu nombreux; à l'extrême base droite, on note quelques râles fins, persistants après la toux, avec une très légère obscurité à ce niveau.

La malade a vomi à trois ou quatre reprises ces derniers jours. Depuis le 1^{er} janvier, elle prend uniquement du lait et des pota-



TRACÉ V. — Observation XVIII.

ges. Elle a pris deux cachets de quinine par jour depuis qu'elle est au lit.

A son arrivée à l'hôtel-Dieu, on la met aux bains froids.

Les réflexes sont normaux.

Les urines renferment un peu d'albumine.

7 janvier au soir : P. = 130.

8 janvier. — Dicrotisme net du poulx à 120.

14 janvier. — La défervescence s'est faite rapidement sans incident.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

Du 26 janvier au 2 février, la température remonte, pour redevenir normale le 4 février; le 7, nouvelle élévation à 38°4; à partir de ce jour la convalescence est normale. La malade quitte le service les premiers jours de mars. Les seins renferment encore un peu de lait.

Les nourrissons de la malade confiés aux soins d'une autre nourrice n'ont pas présenté de symptômes particuliers.

OBSERVATION XIX

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Pic.)

Fièvre typhoïde chez une nourrice. Séro-diagnostic négatif. Constipation. Pas de taches rosées. Pas d'hypertrophie de la rate évidente. Phénomènes bronchitiques très accentués. Hyperthermie considérable avec parfois élévation de température après les bains.

Constance M..., vingt-quatre ans, est envoyé à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre 1906. Elle vient de la Charité où elle est nourrice : elle présente depuis plusieurs jours des températures élevées sans qu'il soit possible de découvrir aucune localisation.

Parents bien portants; quatre frères ou sœurs en bonne santé, n'en a pas perdu.

Pas de maladie antérieure: cicatrice sous le menton d'un ancien abcès que la malade a eu à l'âge de huit ans.

Mariée: pas de fausse couche. A eu un enfant, il y a trois

mois. Cet enfant est bien portant et la malade était considérée comme une très bonne nourrice. La seule chose à noter est l'existence des règles, malgré l'allaitement; quinze jours après l'accouchement, perte qui dura quelques jours : depuis, deux nouvelles périodes d'écoulement, la dernière il y a quinze jours.

Il y a six jours, la malade commença à se sentir fatiguée. Céphalée, abattement, pas de trouble digestif, pas d'épistaxis. La température est montée rapidement à 40 degrés et au-dessus. Depuis les maux de têtes ont diminué.

A l'examen. — Ni prostration, ni délire, la malade répond bien aux questions. Pas plus qu'à la Charité, on ne trouve de signe du côté d'un organe en particulier.

Poumons. — Aucun signe fonctionnel : rien à la percussion, ni à l'auscultation.

Cœur. — Bruits normaux, bien frappés.

Le *pouls* est à 100 avec une température de 40° 2.

La langue est plutôt rouge, mais humide, un peu blanche à la région moyenne.

L'abdomen est souple, non douloureux. Pas de gargouillement, constipation.

La *rate* n'est pas perceptible.

Le *foie* est normal.

Tache rosée douteuse un peu au-dessus de l'ombilic.

Urines. — Disque net d'albumine.

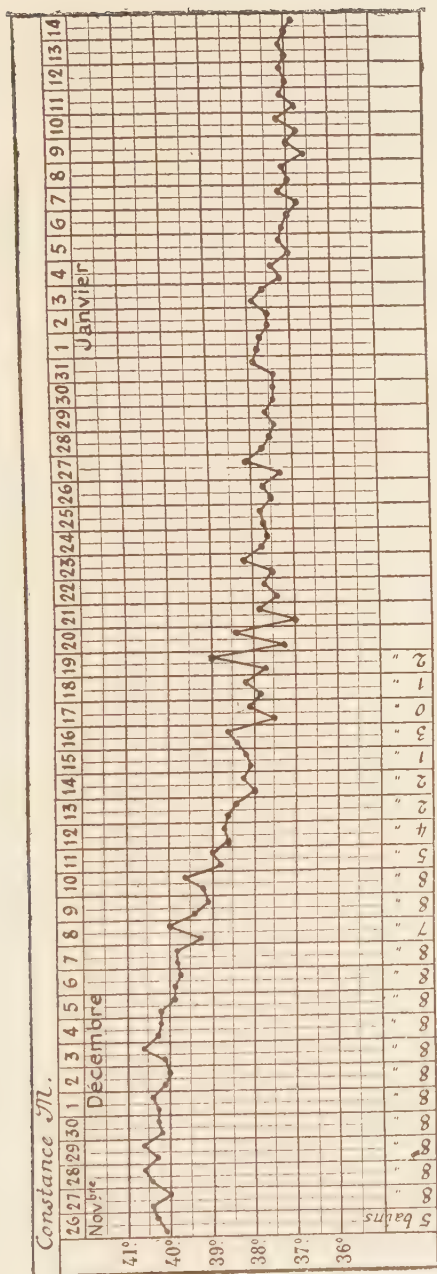
1^{er} décembre. — Dès le 26 novembre, à 9 heures du matin, on a soumis la malade à la balnéothérapie d'abord tiède 30 degrés; pendant deux jours les abaissements furent suffisants; à partir du 28, on donne les bains à 25 degrés. Quelques élévations de la température après le bain, d'ailleurs les abaissements sont irréguliers.

P. = 112.

A l'examen des poumons, on trouve de nombreux râles muqueux aux deux bases; râles sibilants et ronflants disséminés; pas d'hépatisation.

Pas de tache rosée.

Pas de diarrhée. La rate n'est pas perçue.



TRACÉ VI. — Observation XIX.

Le séro-diagnostic a été négatif le 27 novembre.

17 décembre. — La défervescence se fait lentement mais sans incident. Les urines augmentent de quantité. Le 10, 600 grammes. Le 17, 2.700 p.

29 décembre. — La malade ne prend plus de bain.

Du 22 décembre au 3 janvier, la température oscille entre 37° 5 et 38° 1. A partir du 4 janvier, la défervescence est complète, la température oscille entre 36° 8 et 37° 2.

OBSERVATION XX

(Castaigne, *Médecine moderne*, 1897.)

F. Anna entre salle Valleix à l'Hôpital Ténon le 5 septembre 1897. Son dernier-né âgé de trois mois l'accompagne à l'hôpital, mais est très bien portant. La mère qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents entre à l'hôpital pour une affection aiguë dont le début remonte au 25 août environ et qui s'est caractérisée tout d'abord par de la céphalée et de la courbature. Depuis lors, l'état s'est aggravé: la malade présente absolument le facies typhique, la langue est rôtie, son ventre tendu et sa fosse iliaque droite douloureuse; ses selles jaunes répandent une odeur fétide. Aux deux bases, on entend des râles de congestion et si nous ajoutons que la rate est nettement hypertrophiée et qu'il y a sur le ventre et sur le thorax une éruption très nette de taches rosées lenticulaires, on comprend que le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposait. La séro-réaction positive ne fit que confirmer le diagnostic.

L'évolution de la dothiéntérie fut absolument normale; la fièvre commença à descendre le 12 septembre, c'est-à-dire au dix-huitième jour et la malade fut complètement apyrétique à partir du 27 septembre (33^e jour).

Les autres symptômes s'amendèrent en même temps que la température descendait et aucune complication ne vint interrompre la convalescence.

Pendant toute la durée de la maladie maternelle, l'enfant

continue à prendre le sein et n'eut jamais ni diarrhée, ni vomissement, et sa nutrition se fit normalement.

	RÉACTIONS MATERNELLES			ENFANT
	Sérum	Lait	Urines	Sérum
5 septembre. .	1/50	1/10	»	»
8 — . .	1/100	1/20	1/10	»
12 — . .	1/100	1/10	»	»
15 — . .	1/200	1/20	1/10	»
20 — . .	1/150	1/10	»	»
25 — . .	1/100	1/10	»	»
28 — . .	1/100	1/10	»	»
1 ^{er} octobre . .	1/50	1/10	»	»

Le lait ne contenait pas de bacille.

OBSERVATION XXI

(Castaigne. *Médecine moderne*, 1897.)

N° 2. Ch. Eugénie, âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Valleix, le 13 août 1897, avec une fièvre typhoïde bien caractérisée.

Le mari, qui nous donne les renseignements confirmés plus tard par la malade elle-même, déclare que sa femme a toujours été bien portante jusqu'à ces derniers temps. Elle n'a eu dans son enfance aucune fièvre éruptive, ni aucune pyrexie ressemblant à la fièvre typhoïde. Mariée à dix-huit ans, elle a eu trois grossesses normales : l'une à dix-neuf ans, une autre à vingt-trois et la troisième à vingt-cinq ans ; *le dernier né, que sa mère nourrit au sein, est âgé de quatre mois et demi.*

Deux mois après sa dernière grossesse, il y a deux mois et demi par conséquent, la malade a souffert dans le ventre et a eu des pertes roussâtres : le médecin consulté déclara qu'elle avait de la métrite et la soigna avec des tampons glycinés. Elle souffrait encore quand se sont produits les premiers signes de la fièvre typhoïde que l'on prit d'abord pour des phénomènes utérins.

Dans les premiers jours du mois d'août, la malade commença à se plaindre en effet de céphalée violente et de douleurs dans les reins ; elle continua toutefois à endurer les fatigues de sa profession de couturière. Le 8 août, les maux de tête ont augmenté et la courbature s'est tellement généralisée que la malade est obligée d'interrompre tout travail. Elle reste au lit pendant quatre jours chez elle et, comme ses souffrances ne font qu'augmenter, elle se décide à entrer à l'hôpital le 13 août. On la transporte en brancard, car elle est incapable même de se tenir debout, et elle présente dès le premier examen tous les signes d'une fièvre typhoïde des plus nettes : elle est dans le décubitus dorsal, ne faisant aucune attention à ce qui se passe autour d'elle, ne chassant pas les mouches qui se promènent sur sa figure ; son facies est hébété, sa langue rôtie, fendillée, son ventre légèrement ballonné et elle rend sous elle des matières jaunâtres d'une horrible fétidité. La rate est volumineuse, les taches rosées abondantes sur le ventre et dans le dos. La température est de 40°,6 le soir de son entrée, le pouls est plus lent (70) et nettement dicrote. Le cœur a ses bruits bien frappés. A l'auscultation, on entend aux deux bases des poumons de nombreux râles sous-crépitaux fins. Les urines, rares, contiennent 50 centigrammes d'albumine et présentent nettement la réaction de l'indican.

Le diagnostic n'est pas douteux ; on le confirme par la recherche de la séro-réaction qui est très nette ; on a donc affaire à une fièvre typhoïde au treizième jour de son évolution environ et, à partir de son entrée, on commence à lui donner des bains froids.

15 août. — Malgré le traitement, l'état de la malade a plutôt empiré ; elle ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent, elle a un délire presque continu et on s'aperçoit, au cours de ses moments de lucidité, qu'elle est absolument sourde sans que l'oreille externe ou l'oreille moyenne soit en cause.

Jusqu'au 27, la malade reste plongée dans cet état adynamique sans qu'on puisse noter aucune amélioration malgré les bains froids scrupuleusement donnés. Ce n'est que le 28 que la

température a commencé à descendre graduellement en lysis. Mais, en même temps, les téguments de la malade (fesses et cuisses surtout) se recouvrent de petits furoncles et la température, qui descendait régulièrement jusqu'au 1^{er} septembre, présente une autre courbe à partir de cette date; elle remonte jusqu'au-dessus de 39 degrés le soir, mais redescend le matin toujours plus bas que la veille.

D'ailleurs, tous les autres signes s'améliorent : le délire a disparu depuis le 28 août, la malade ne gâte plus et sa diarrhée disparaît complètement à partir du 29 août. En même temps, on constate la disparition de l'albumine et de l'indican dans les urines dont la quantité s'élève à 2 litres et demi. Le 1^{er} septembre, la surdité est bien diminuée et la malade commence à pouvoir comprendre les conversations qu'on tient autour d'elle.

3 septembre. — La malade demande à manger pour la première fois : c'est d'ailleurs ce jour-là que la température atteint pour la dernière fois 39 degrés et qu'on lui donne son dernier bain (122).

A partir de cette époque, tous les symptômes s'améliorèrent et la malade fut considérée comme pleinement entrée en convalescence le 8 septembre. (T. = 36°,8. P. = 56. Urines, 4 litres).

La fièvre typhoïde a donc duré trente-neuf jours environ.

27 septembre. — Elle sort du service complètement guérie.

Enfant. — Dans les antécédents du petit malade, nous avons noté ce fait que, à l'âge de deux mois, sa mère, ayant souffert de troubles utérins, avait cru que son lait était moins bon et avait donné à ce moment-là à son enfant du lait de vache non bouilli et des potages au pain. Il avait eu à la suite de cette alimentation vicieuse des vomissements alimentaires puis bilieux et de la diarrhée verdâtre pendant une quinzaine de jours, si bien que sa mère recommença à le nourrir exclusivement au sein, ce qui fit cesser les vomissements, mais l'enfant avait encore un peu de diarrhée quand sa mère entra à l'hôpital. On le sevrà le 12 août et, le même jour, il vomit le lait stérilisé qu'on lui donna et sa diarrhée augmenta. C'est ce jour-là qu'on chercha pour la première fois sa séro-réaction qui fut positive à

1/40. Le lendemain, c'est-à-dire deux jours après qu'on l'eut sevré, la réaction n'était plus qu'à 1/20 ; le surlendemain à 1/10 enfin quatre jours après qu'il eut été sevré du lait maternel si riche en substances agglutinantes, son sérum ne réactionnait plus.

A partir du jour où il fut sevré, l'enfant maigrit tellement (il avait perdu 1200 grammes), que le 23 août nous pensâmes que la reprise du lait maternel serait peut-être pour lui le meilleur des thérapeutiques et nous lui redonnâmes le sein maternel.

Il fut un peu amélioré, mais en même temps la réaction qui avait disparu dans son sérum, reparut ainsi que dans le pus d'un petit furoncle qu'il avait au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur. Le 27 août, il agglutinait fortement et d'autre part son état général s'était amélioré, mais son père l'emmena le même jour de l'hôpital sous prétexte de le mettre en nourrice.

Nous avons su depuis que l'enfant fut nourri chez lui avec du lait de vache non bouilli, des potages au pain et de la fécule, et qu'il mourut le 3 septembre après avoir présenté des signes de choléra infantile.

	RÉACTIONS MATERNELLES			RÉACTIONS CHEZ ENFANT		
	Sérum	Lait	Urines	Sérum	Pus	Urines
19 avril .	1/600	1/400	1/10	1/40	»	»
20 — .	1/700	1/400	1/10	1/20	»	»
21 — .	1/900	1/500	1/20	1/20	»	»
22 — .	1/900	1/500	1/20	»	»	»
23 — .	1/1000	1/500	1/20	»	»	»
24 — .	1/1000	1/600	1/30	1/10	1/10	»
27 — .	1/1200	1/600	1/30	1/50	1/40	»
30 — .	1/1000	1/400	1/20	»	»	»
2 sept. .	1/800	1/200	1/10	»	»	»
8 — .	1/300	1/200	1/10	»	»	»

OBSERVATION XXII

Thomas Mac Crae. — John Hopkins Hosp., *Bull. Balt.*, 1902
(in th. de Hanriot)

Fièvre typhoïde légère. Pendant la convalescence, abcès du sein droit. Ouverture de l'abcès et guérison rapide.

L..., femme mariée, âgée de trente-deux ans, admise le 5 septembre 1901 dans le service du professeur Osler, au Johns Hopkins Hospital au quinzième jour de sa maladie.

Son enfant, âgé de vingt mois, fut admis avec elle et c'était elle qui, jusqu'au jour de l'entrée, l'avait nourri.

Comme cet enfant avait 39°4 de température et de la diarrhée on pensa tout d'abord qu'il était atteint lui aussi de fièvre typhoïde, mais on diagnostiqua ensuite une gastro-entérite qui dura peu et dont il guérit rapidement chez lui; d'ailleurs la sécrétion de Widal fut négative.

La maladie de la mère n'offrit rien de particulier. Légère réasécrétion des seins ne présentant rien d'anormal.

Réaction de Widal positive. La température redevint normale le 17 septembre, vingt-sixième jour de la maladie. Le 21 septembre (30^e jour), elle se plaignit d'une légère douleur dans le sein droit et l'on trouva la partie inférieure et externe du sein gonflé avec rougeur de la peau.

Le jour suivant on perçut de la fluctuation; sein gauche normal, 8.000 leucocytes par centimètre cube. L'abcès fut ouvert et on obtint 40 centimètres cubes de pus.

Des cultures décelèrent la présence de staphylocoques blancs, sans bacille d'Eberth. Malgré la mammite, la température ne se releva pas.

La maladie suivit son cours normal, la plaie se cicatrisa rapidement et la malade sortit le 30 septembre, trente-neuvième jour de sa maladie.

OBSERVATION XXIII

(Trégouet, thèse de Paris, 1902, Obs. XXXII.)

Vers la fin de mai 1901, nous vîmes arriver dans notre cabinet une jeune femme de vingt-deux à vingt-quatre ans, habitant les environs de Pougues. Les symptômes dont elle se plaignait étaient ceux d'un embarras gastrique fébrile : céphalalgie, anorexie, quelques vomissements, de la faiblesse générale. Pas d'épistaxis, pas de taches rosées lenticulaires. La rate ne paraissait pas augmentée de volume, le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux. Le teint, très frais, était celui d'une personne bien portante. Température voisine de 38 degrés.

Cette jeune femme était accouchée depuis six semaines à deux mois. Elle avait toujours nourri son enfant au sein; cet enfant était parfaitement développé et s'était bien porté jusqu'au moment où survinrent, chez sa mère, les malaises dont nous venons de parler.

Il présentait au moment où nous l'avons vu un peu de diarrhée et une affection de la peau que nous croyons être de l'eczéma aigu. La peau, d'une couleur rose saumon, avait l'aspect d'un papier de soie et sur cette peau perlaient de fines vésicules de sueur, qui bientôt devenaient confluentes et l'inondaient littéralement.

Tout en faisant quelques réserves sur le diagnostic de l'affection de la mère, nous espérions encore qu'il ne s'agissait que d'un embarras gastrique. Après avoir ordonné un purgatif salin le régime lacté et l'eau de Saint-Léger, nous conseillâmes de continuer l'allaitement.

Le purgatif fut rejeté aussitôt : le lendemain nous fîmes prendre à la malade 60 centigrammes de calomel qui furent tolérés. Deux jours après on venait nous chercher à 2 heures du matin. Nous trouvâmes la malade dans un état de prostration assez accentué, taches rosées. La rate ne paraissait pas augmentée de volume. La température était de 38°8 si nos souvenirs sont précis.

Il nous manquait le nécessaire pour faire le séro-diagnostic

de Widal. Nous priâmes alors le pharmacien de Pougues, M. le Dr Fischer, de bien vouloir essayer sur les urines de la malade la diazo-réaction d'Ehrlich.

Cette réaction donna un résultat positif : la teinte rose était très nette, tandis que sur une autre urine, essayée en même temps, le résultat fut négatif ; entre les deux tubes que nous présenta M. Fischer, le résultat était frappant.

A ce moment, l'état de l'enfant était toujours le même que lorsque nous l'avons vu pour la première fois. Les soins de propreté externe, le poudrage au talc, le benzonaphtol administré à l'intérieur n'avait produit aucun effet.

A partir de ce moment, nous considérâmes la malade comme atteinte de fièvre typhoïde et nous fîmes cesser immédiatement l'allaitement.

L'enfant fut amené par sa grand' mère pour être nourri au lait de vache stérilisé.

Le 18 juin, lorsque nous avons remis la malade entre les mains de M. le Dr Bramel de Cléjoulx, elle était en bonne voie, mais pas encore guérie.

Nous n'avons pu revoir l'enfant, mais à plusieurs reprises, nous avons demandé de ses nouvelles : huit à dix jours après le sevrage, les troubles avaient disparu et son état général était redevenu bon.

OBSERVATION XXIV

Griffon et Abrami, Soc. méd. des Hôp. de Paris, 16 novembre 1906.

Albertine Ch..., vingt-six ans entre à l'Hôpital Claude-Bernard, pavillon des douteux, le 10 septembre 1906, pour angine et état typhoïde.

Histoire de la maladie. — La maladie date de huit jours environ. En pleine santé, la malade est prise de malaise général, de courbature et d'étourdissement ; elle a de l'insomnie. Ces troubles vont s'accroître progressivement ; ce qui domine bientôt la scène, c'est une céphalée vive, diffuse, avec obnubilation intel-

lectuelle marquée. La température s'élève ; la malade a des frissons répétés plusieurs fois par jour ; deux jours avant l'entrée à l'hôpital, les symptômes d'angine apparaissent.

Examen. — A l'entrée, on constate, d'une part, une angine érythémateuse diffuse, étendue à tout le pharynx, voile, piliers amygdales, avec présence sur le voile, au niveau de la face antérieure de deux petites ulcérations blanchâtres, ovalaires, présentant l'aspect typique des ulcérations de l'angine typhoïde ; d'autre part, un état typhoïde prononcé : prostration, stupeur avec carphologie, faciès typhique, avec lèvres et gencives fuligineuses, langue sèche, fendillée, rouge sur les bords.

L'abdomen est météorisé, sensible spontanément, mais surtout à la palpation, avec prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite, qui gargouille. Les selles sont diarrhéiques, de couleur jaune ocre, fétides, répétées.

La rate est grosse ; quelques taches rosées se détachent sur l'abdomen et la région lombaire.

L'auscultation de la poitrine révèle quelques sibilances.

Le cœur est régulier, ralenti, avec des bruits légèrement assourdis.

Enfin, les urines, rares et foncées, contiennent une faible quantité d'albumine.

Les jours suivants, l'angine s'amende rapidement. L'état typhoïde persiste ; de nouvelles taches rosées lenticulaires se montrent entre le 13 et le 14 septembre ; la fièvre, moins élevée, oscille entre 38°5 et 39°8. L'albumine persiste très légère jusque vers le 17 septembre. Les râles humides tendent à disparaître à l'auscultation.

La malade reçoit deux injections de spartéine et d'huile camphrée, chaque jour, jusqu'au 19 septembre où l'on cesse les injections de spartéine. Les bains froids sont donnés régulièrement toutes les trois heures.

Un phlegmon apparaît à la main gauche entre le pouce et l'index, nécessitant un coup de bistouri ; quelques petits abcès apparaissent au siège, mais s'amendent vite avec quelques pansements humides.

Vers le 30 septembre, les taches rosées lenticulaires disparaissent, les selles, redeviennent normales, la malade est moins prostrée.

Le 26 septembre, la fièvre qui a baissé rapidement, atteint 37°8; elle oscille, dès lors, jusqu'aux premiers jours d'octobre, entre 37 et 38 degrés, puis entre 36°5 et 37°5. Les bains sont abandonnés.

La malade qui se nourrissait déjà, depuis quelques jours, de potages, purée, laitages, est mise, à partir du 7 octobre, aux viandes.

Le 14 octobre, la malade se lève pour la première fois. Elle est encore pâle, maigre, faible, mais sa mémoire est bonne; les cheveux ne tombent pas, son état est assez satisfaisant; rien à l'auscultation des sommets. Pouvoir agglutinant:

Sérum de la *mère*: bacilles typhiques 1/800 à 1/15.000.

Sérum de la *mère*: bacilles paratyphiques. 1/10 à 1/600.

Lait: bacilles typhiques, 1/500 à 1/10.000.

Lait: bacilles paratyphiques, 1/30 à 1/300.

Sérum de l'*enfant*: bacilles typhiques n'agglutinant pas.

Sérum de l'*enfant*: bacille paratyphique 1/60 à 1/100 (du 13 au 19 septembre).

Enfant. — Ch. Emile, deux mois et demi. La mère a cessé spontanément, deux jours avant son entrée à l'hôpital, d'allaiter son enfant.

A son entrée, le 10 septembre à Claude-Bernard, l'allaitement de son enfant lui est permis, ce qu'elle fait jusqu'au 16 septembre. L'enfant n'accuse jusqu'à ce jour aucun trouble. Pas de vomissement, pas de diarrhée, pas de fièvre.

16 septembre. — La mère n'ayant plus de lait supprime le sein à son enfant; durant quatre jours, il ne prend que du lait et deux fromages « petit suisse » par jour.

20 septembre. — La mère allaite de nouveau son enfant. Celui-ci supporte le lait maternel, engraisse même; puis le 3 octobre, il accuse 39 degrés de fièvre, tandis qu'apparaissent des vomissements et de la diarrhée verte.

Du 3 au 5 octobre, suppression du sein, diète hydrique, sauf deux petits suisses par jour.

5 octobre. — La diarrhée disparaît; le 6, les vomissements s'amendent; le 7, la température est de 36°6.

Dès lors, on redonne le lait maternel à l'enfant qui a de selles et une température normale.

OBSERVATION XXV

(Achard et Bensau de, Société médicale des hôpitaux de Paris,
31 juillet 1906.)

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans, entrée le 28 juillet 1896, à la crèche de l'hôpital Beaujon, avec son enfant, âgé de deux mois, qu'elle allaite. Quinze jours environ auparavant, elle a commencé à perdre l'appétit et à ressentir de la fatigue. Au bout de sept à huit jours, elle a pris le lit, éprouvant une céphalalgie intense, des vertiges, des bourdonnements d'oreille et une grande faiblesse. Elle présente actuellement une stupeur manifeste; la langue est blanche et saburrale, ses bords et sa pointe sont rouges. Il y a de la diarrhée jaunâtre; le ventre est un peu ballonné, on perçoit un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse à la pression. La rate est volumineuse.

Sur l'abdomen et même sur le tronc se voit une éruption abondante de taches rosées.

La température vaginale, qui était de 39°5 le soir du jour de l'entrée, a oscillé le lendemain de 39°1 (matin), à 39°6 (soir) et le 30 de 38°5 à 39°4.

Séro-diagnostic de la mère positif.

Séro-diagnostic du lait positif à 1/10.

Séro-diagnostic de l'enfant négatif.

Le lait ne contient pas de bacille d'Eberth.

L'enfant a toujours été en bonne santé.

OBSERVATION XXVI

(E. Thiercelin et Lenoble, *Presse médicale*, 1896, p. 974.)

Une femme allaite jusqu'au dixième jour de sa maladie. Son nourrisson reste bien portant.

Le séro-diagnostic de la mère est positif; celui du lait également; celui de l'enfant est négatif.

OBSERVATION XXVII

(Landouzy et Griffon, Soc. biologie, 6 novembre 1897.)

Une femme de dix-neuf ans, journalière, présentait trois mois après son accouchement une fièvre typhoïde de moyenne intensité; elle entre à l'hôpital Laennec avec son bébé qu'elle allaite jusqu'à sa venue à l'hôpital.

Cliniquement, la fièvre typhoïde (2^e septenaire) est évidente : le séro-diagnostic est positif.

L'enfant a l'air d'être en bonne santé : son séro est nettement positif : on n'a pas mesuré le pouvoir agglutinant des deux sérums.

OBSERVATION XXVIII

(Charrin, Soc. biologie, 24 juin 1899.)

Nous avons pu voir un nourrisson jusque-là bien portant, perdre 50 jusqu'à 100 grammes par jour, au moment où sa mère typhique qui l'allaitait allait atteindre la fin du premier septenaire; le lait présentait d'ailleurs, de la façon la plus manifeste, le phénomène de l'agglutination.

Sérum de la mère agglutinait à 1/40 à 1/50.

Lait agglutinait à 1/30.

Sérum de l'enfant n'agglutinait pas.

OBSERVATION XXIX

(P. Courmont et Cade, Société de biologie, 8 juillet 1899.)

Une nourrice allaite son enfant pendant quinze jours de sa maladie.

Le sang de la mère agglutine à 1/200.

Le lait de la mère agglutine à 1/30.

Le sang de l'enfant agglutine à 1/10.

L'enfant est sevré; au bout de huit jours, les propriétés agglutinantes du sang ont disparu. L'enfant n'a présenté aucun signe de lésions gastro-intestinales.

OBSERVATION XXX

(Hoke, *Centralblatt für innere Medizin*, 16 avril 1904.)

L'auteur cite le cas d'une femme qui venait d'accoucher, dont le lait et le sang possédaient des propriétés agglutinantes. Il n'y avait pas le bacille d'Eberth dans le lait.

Il nous a paru intéressant au point de vue étiologique (âge de la malade, nombre de grossesses, période de l'allaitement) de rapprocher dans un tableau les vingt-cinq premières observations.

Observations	Age de la malade	Nombre de grossesses	Epoque de l'allaitement
Observation 1.	28 ans	2	6 ^e mois
— 2.	31 —	4	8 ^e —
— 3.	20 —	1	4 ^e —
— 4.	29 —	2	10 ^e —
— 5.	26 —	2	10 ^e —
— 6.	24 —	3	2 ^e —
— 7.	24 —	2	8 ^e —
— 8.	29 —	2	2 ^e —
— 9.	28 —	4	?
— 10.	19 —	1	8 ^e —
— 11.	21 —	1	8 ^e — 1/2
— 12.	30 —	?	?
— 13.	29 —	?	?
— 14.	38 —	1	15 ^e —
— 15.	26 —	2	6 ^e —
— 16.	27 —	2	6 ^e — 1/2
— 17.	22 —	1	2 ^e — 1/2
— 18.	19 —	1	15 ^e —
— 19.	24 —	1	3 ^e —
— 20.	?	?	3 ^e —
— 21.	25 —	3	4 ^e — 1/2
— 22.	32 —	?	20 ^e —
— 23.	22 —	1	2 ^e —
— 24.	26 —	?	2 ^e — 1/2
— 25.	26 —	?	2 ^e —

Ce tableau nous montre que la primiparité ou la multiparité n'influent en rien sur la fréquence de la fièvre typhoïde chez les nourrices ; la maladie survient à n'importe quelle période de l'allaitement.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Considérations générales. — Avant d'exposer nos observations, nous arrivions à cette conclusion : les nourrices constituent, de par leur état physiologique, un terrain très favorable à l'infection éberthienne. La lecture des observations nous montre, par contre, que si la dothiéntérie est fréquente chez les nourrices, elle ne revêt pas de gravité spéciale, si toutefois on se place uniquement au point de vue de la mortalité. Car, faisant abstraction du mode de terminaison qui est généralement heureux, on voit que la maladie a souvent une allure sérieuse, soit par sa durée prolongée avec rechute, soit par la gravité de ses symptômes, soit par ses complications. On peut dire que si les nourrices finissent par guérir, elles sont souvent et durement frappées.

Il existe une sorte de contradiction entre ces deux données; d'une part, fréquence et gravité de la maladie; d'autre part, guérison habituelle. Se basant sur ce fait que la lactation est une fonction naturelle de la femme, certains auteurs en concluent que la sécrétion lactée est nécessaire pour entretenir la bonne harmonie dans les différentes fonctions de la parturiente. Léonard,

considère la lactation comme un moyen prophylactique et curatif des maladies de femmes en couche. Trousseau pencherait à croire que la lactation est une condition favorable à la guérison des maladies intercurrentes et d'autres parlent encore de la succion, qui « détermine une dérivation salubre pour l'extinction des irritations siégeant dans différents organes ». C'est pousser un peu loin les avantages de l'allaitement chez la femme ; nous pensons, au contraire, que c'est précisément l'arrêt brusque de l'allaitement, sa cessation forcée, qui permet à la nourrice de faire avantageusement les frais de sa maladie. On a calculé qu'un litre de lait de femme représente, par les différentes substances qu'il renferme, 670 calories, ce qui fait un tiers de la ration alimentaire. La sécrétion n'étant plus provoquée et entretenue par des suctions régulières, la glande se repose ; dans ce qu'elle dépensait pour son fonctionnement, la nourrice trouve une nouvelle source de résistance qu'elle peut utiliser pour son propre compte.

Ensemble de la maladie. — L'histoire habituelle de la malade est la suivante : il s'agit généralement d'une femme jeune et vigoureuse, puisqu'elle est nourrice, et dont la santé a toujours été bonne. C'est une femme du peuple ou de la campagne le plus souvent ; depuis quelque temps, elle éprouve un peu de courbature, se sent très fatiguée le soir ; dans la journée, elle est sans courage, éprouve à chaque instant un violent besoin de se reposer. Cet état dure de sept à dix jours ; néanmoins la femme continue à allaiter, à faire

son ouvrage. Surviennent des maux de tête, avec de la perte de l'appétit, quelquefois un saignement de nez ; tous ces signes étant le plus souvent accompagnés d'une constipation opiniâtre, la malade se purge et la diarrhée s'installe. Jusqu'ici, l'enfant a continué à prendre le sein, la femme étant imbue de cette idée que, si elle suspend l'allaitement seulement pendant vingt-quatre heures, elle verra disparaître son lait. Quand on se décide à faire venir le médecin, celui-ci constate le plus souvent une température très élevée avec des signes de dothénientérie confirmés : état de la langue, grosse rate, taches rosées, etc.. A ce moment-là seulement, la malade se met au lit ou entre à l'hôpital.

La nourrice met une sorte d'acharnement à alimenter son nourrisson. Si c'est son propre enfant, elle ne fait qu'obéir à un instinct naturel ; si c'est un nourrisson, elle se laisse guider par l'intérêt et sacrifie avec peine une petite source de revenus. Il est certain, tout au moins en ce qui concerne les malades de l'hôpital, qu'elles se soignent tardivement. Les femmes du service de M. Devic présentaient des symptômes anormaux depuis quinze jours à trois semaines lorsqu'elles arrivaient à l'hôpital. La plupart ne s'étaient alitées que la veille ou l'avant-veille de l'entrée, et la majorité nourrissaient leur enfant le matin même du jour qu'elles arrivaient à l'Hôtel-Dieu. On ne peut tenir compte ici, pour le début de la maladie, du premier jour d'alitement. Ce critérium, ainsi que le fait remarquer Griesinger, n'a pas de valeur pour la classe pauvre ; à plus forte raison pour la catégorie des malades qui nous occupe.

La plupart des nourrices, surmenées jusqu'au dernier moment, arrivent à l'hôpital dans un état très grave : les malades de M. Devic ont toutes gardé pendant quelques jours une température au-dessus de 40 degrés malgré les bains froids.

Elles sont très abattues, ne souffrent pas, se plaignent seulement de douleurs au niveau des seins qui sont distendus ; dans une moitié des cas, ces signes s'amendent assez rapidement, et la malade arrivée au milieu ou à la fin de la fièvre typhoïde, fait une défervescence normale et définitive. Dans l'autre moitié des cas, la dothénientérie est grave; ou bien après la défervescence, la température remonte et on assiste à une rechute, ou bien des phénomènes cardiaques inquiétants viennent s'ajouter aux signes habituels de la maladie, ou bien des signes ataxo-adyamiques dominent la scène. Nous trouvons des exemples de ces différents types cliniques dans nos observations.

La convalescence de la maladie se fait le plus souvent normalement et n'est pas accompagnée d'une asthénie marquée. L'amaigrissement, qui variait de 3 à 5 kilogrammes pour les malades de M. Devic, ne persiste pas. En quittant l'hôpital, c'est-à-dire après vingt jours de convalescence en moyenne, la plupart de nos malades avaient recouvré leur poids d'entrée, ce poids correspondant à peu près au poids normal, puisque c'est dans les dernières périodes de la maladie que l'amaigrissement est le plus marqué.

En résumé, la symptomatologie de la fièvre typhoïde chez la nourrice nous semble sans particularité. Une étude détaillée des différents symptômes serait fasti-

dieuse et inutile. Nous nous contenterons donc d'insister sur quelques faits cliniques qu'il nous a paru intéressant de noter et que nous avons rencontrés chez nos malades.

Signes cardiaques. — Plusieurs nourrices ont présenté des symptômes intéressants du côté du cœur ou du pouls. Sur les 15 malades dont les variations du pouls ont été notées, 7 ont eu un nombre de pulsations atteignant ou dépassant 120 à certains moments de la maladie. Toutes ces femmes avaient été traitées tardivement : aucune n'était arrivée à l'hôpital avant le second septenaire. Elles n'ont pas eu d'accidents syncopaux, et ont bien supporté les bains froids.

Deux malades de M. Devic eurent des signes d'affaiblissement cardiaque inquiétants (obs. V et VII). Catherine J., arrive à l'hôpital au second septenaire de sa fièvre avec un pouls à 116. Elle est mise au bain à 25 degrés immédiatement. Le pouls oscille entre 116 et 120 jusqu'au jour où la malade a une hémorragie intestinale ; de suite après l'incident, le pouls est à 118 ; il remonte à 132 le lendemain. Les trois jours suivants, il se produit une accalmie pendant laquelle le pouls est arrivé au-dessus de 100, la température n'atteint pas 39 degrés. Puis le thermomètre remonte et le malade fait une rechute : pendant cette dernière, le chiffre des pulsations atteint 160 avec un rythme foetal au cœur. Le pouls reste toujours petit, sans forte tension. Au moment de cette tachycardie extrême, le malade ne présentait ni lipothymie, ni syncope : elle allait au bain volontiers.

La seconde nourrice du service de M. Devic, Marie G., était arrivée à l'hôpital à la fin du second septenaire : la première était une obèse, celle-là était plutôt maigre. Dès l'entrée, le pouls est à 124 et pendant tout le premier cycle fébrile, car la malade fait aussi une rechute, il oscille entre 120 et 160. Il est petit et très dépressible. La malade est très prostrée, mais il n'y a pas de collapsus. Les bruits du cœur sont faibles, mais réguliers, sans souffle. Le muscle cardiaque est d'une sensibilité extrême ; c'est ainsi que le 3 septembre sous l'influence d'une piqûre de caféine, le pouls qui était insensible et incomptable, remonte à 138 ; le 4, la malade a un pouls à 126 : on l'assoit sur le lit pour l'ausculter, le pouls monte immédiatement à 140.

Cette asthénie cardiaque ne reparut pas aussi marquée pendant la rechute : à ce moment-là, les pulsations ne dépassèrent jamais le chiffre de 132. Dès le début de la convalescence, le pouls était à 80.

Les deux malades, pendant le début de leur convalescence, qu'elles firent à l'hôpital, n'eurent aucun signe particulier du côté du cœur.

L'étude du pouls dans la fièvre typhoïde, est de toute importance comme élément de pronostic : on connaît à ce sujet les données fournies autrefois par Murchinson. Il dresse le tableau suivant basé sur une statistique personnelle :

Dans 37 cas, où le pouls n'a pas dépassé 110, pas de cas mortel.

Dans 70 cas, où le pouls a dépassé 110, 30 pour 100 de mort.

Dans 32 cas, où le pouls a dépassé 120, 47 pour 100 de mort.

Dans 25 cas, où le pouls a dépassé 130, 52 pour 100 de mort.

Dans 10 cas, où le pouls a dépassé 140, 6 morts, et Murchinson ajoute que dans ce dernier groupe, deux malades qui ont guéri, étaient des enfants de moins de dix ans.

La plupart des auteurs ont insisté sur la gravité du pronostic, lorsque le pouls est très accéléré. Cependant une même accélération est d'un pronostic différent, suivant la variété des malades : Griesinger admet une distinction, qu'on doit accepter comme absolument classique « Chez les adultes, la fréquence de 140 peut être considérée à peu près comme un signe fatal ; chez la femme jeune et surtout chez les enfants, une fréquence aussi élevée, plus considérable même, peut exister pendant quelques jours, et la maladie se terminer d'une manière favorable. Lorsque le pouls est aussi fréquent, sa petitesse est préférable à sa plénitude ».

Nous avons cru intéressant de revenir un peu longuement sur les observations V et VII ; ces deux malades ont présenté une accélération du pouls en quelque sorte limité, et cependant dans les deux cas, la terminaison fut heureuse. Il est vrai que, ainsi que le remarque Griesinger, la petitesse du pouls avait toujours été notée.

Pendant que les malades avaient cette tachycardie extrême, on continua à donner des bains à 25 degrés. Ce fut d'ailleurs la seule thérapeutique pour Marie G.,

à laquelle on ne fit pas de piqûres de caféine. Ces deux observations qui viennent confirmer l'opinion de Griesinger, prouvent aussi une fois de plus les bons effets de la balnéation sur le muscle cardiaque.

Etat des urines. — L'albuminurie existait chez toutes les malades, dont l'état des urines a été noté. Dans les formes moyennes, il s'agissait d'une albuminurie légère et précoce. Nous avons vu des albuminuries massives avec diminution notable de la quantité des urines dans les formes graves (obs. V et VII) ; mais jamais nous n'avons assisté à une véritable néphrite infectieuse pouvant modifier le tableau de la maladie et constituer une complication. Le plus souvent, l'albumine avait disparu au 5^e ou 7^e jour de traitement. Dans les quatre cas de rechute que nous avons pu observer, l'albumine existait pendant le premier cycle fébrile ; elle avait disparu pendant la période intercalaire, sauf dans un cas ; dans deux cas, elle reparut au moment de la rechute.

La présence de l'albumine dans l'urine des nourrices typhiques est donc, à notre avis, constante. Ce n'est d'ailleurs point là un caractère particulier ; si Murchinson, en réunissant les diverses statistiques publiées par les auteurs sur l'albuminurie typhoïdique arrive à une fréquence de 30 pour 100, par contre, Gubler et Robin déclarent la présence de l'albumine constante, sinon pendant la première semaine, au moins pendant le deuxième septenaire. Cette opinion ne nous paraît pas exagérée.

Les nourrices traitées, pour la plupart, par la mé-

thode des bains froids, ont profité des effets merveilleux de la balnéation sur l'émonctoire rénal. Dès le sixième jour de traitement, nous avons vu apparaître chez nos malades cette urine critique dont parlent MM. Tripiet et Bouveret. Cette apparition d'une urine abondante et claire coïncide généralement avec la disparition de l'albumine ; car il est certain que les bains froids, en agissant sur la diurèse, probablement par phénomène reflexe, hâtent la disparition de l'albumine.

Dans les formes graves (obs. V, VII, XXI), en même temps qu'il y avait incontinence des matières, il existait de la perte des urines. Nous avons noté, une seule fois, une rétention passagère des urines (obs. V) qui céda d'ailleurs facilement à l'application d'un cataplasme de farine de lin sur la région vésicale. Cet incident est rare, quand les malades sont traités par la balnéation : il existe, en général, au début de la maladie et n'est que passager.

Dans aucune observation, on ne trouve signalé la présence du sucre. Les pigments biliaires n'ont jamais été décelés, même chez les malades qui présentaient une augmentation du volume du foie.

La diazo-réaction, pratiquée chez quelques malades de M. Devic, a donné des résultats variables qu'il est sans intérêt de noter.

Appareil digestif. — Etat du foie. — Les nourrices atteintes de dothiésentérie ne semblent pas présenter une symptomatologie gastro-intestinale spéciale. Le foie, dans la plupart des cas, est normal. Chez quelques malades, on le trouve hypertrophié sans

que, cependant, cette hypertrophie, qui peut tenir aussi à l'état de lactation, s'accompagne de signes particuliers, douleur localisée, ictère, troubles du côté des urines. Le fonctionnement insuffisant du foie, démontré chez la nourrice par la diminution de son pouvoir antitoxique et par la glycosurie alimentaire, ne paraît pas avoir son contre-coup dans la fièvre typhoïde.

Beaucoup de malades sont arrivées à l'hôpital avec de la constipation : c'est un signe fréquent au début de la maladie et qui nous paraît exister dans la moitié des cas environ. Nous avons vu cette constipation coïncider avec du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite et du gros intestin ; inversement, certains malades ont une diarrhée intense sans avoir du gargouillement.

Chez trois malades, gravement atteintes (obs. V, VII, XXI) existait ce signe de grande valeur pronostique : l'incontinence des matières. Cet indice d'une prostration profonde et d'un relâchement musculaire complet, existe presque uniquement dans les formes ataxo-adiynamiques. Il devient, avec l'accélération du pouls, un des meilleurs éléments permettant d'affirmer la gravité du pronostic.

Deux malades ont eu des hémorragies intestinales (obs. V et XVII), ce qui donne la proportion de 8 pour 100 ; dans un cas (XVII) ce n'était qu'une manifestation d'un processus général hémorragipare ; dans l'autre, ce fut une complication bénigne qui ne s'accompagna pas d'accélération du pouls ou d'abaissement de la température. La malade, qui fit une rechute, était une obèse :

elle avait présenté, à plusieurs reprises, une élévation de la température après les bains. Son foie était normal en apparence. Cette femme n'avouait pas un éthylysme ancien, mais on savait que, depuis qu'elle était nourrice, elle buvait, à titre d'ordinaire, 2 litres de vin par jour. Peut-être pourrait-on établir une relation entre cet éthylysme léger mais certain, ayant nécessairement déterminé un surmenage du foie et l'hémorragie qui se produisit au vingtième jour de la maladie ?

Rechutes. — Quatre sur vingt-cinq de nos malades ont fait une rechute (obs. V, VI, VII, XVIII). Afin d'éviter toute discussion sur les accidents fébriles présentés par ces malades, accidents qu'on pourrait au besoin qualifier de recrudescence ou de récédive, nous donnons au terme rechute la même signification que lui attribuait, en 1886, M. Devic dans sa thèse.

Notre maître écrivait : « Pour qu'on puisse dire d'un typhique qu'il a eu une rechute, il suffit et il est nécessaire qu'on ait constaté, à une période quelconque de sa maladie, la succession des phénomènes suivants :

1° Un abaissement graduel de la température, accompagné d'un amendement des symptômes, abaissement amenant ordinairement la courbe plus ou moins près de la normale.

2° Une période intercalaire, pendant laquelle la température se maintient dans les environs du niveau où l'abaissement l'a amenée, période de durée très variable où la malade peut paraître convalescente, mais ne l'est jamais.

3° Une réascension plus ou moins brusque de la tem-

pérature, avec recrudescence des symptômes, constituant la rechute proprement dite, dont la durée varie de quelques jours à un, deux ou trois septénaires et qui se termine dans les cas favorables par la guérison ou par une nouvelle rechute. »

Les auteurs ont donné sur la fréquence de la rechute des chiffres variables. Murchinson l'observait dans 3 pour 100 des cas; Griesinger, dans 6,3 pour 100, MM. Tripier et Bouveret donnent comme moyenne 4 pour 100; M. Devic 6,8 pour 100. Avec notre chiffre de 16 pour 100, nous sommes donc bien au-dessus de la moyenne ordinaire. C'est un fait que nous constatons sans pouvoir l'expliquer; on pourrait tout au plus incriminer les bains froids, dont l'action paraît favoriser la rechute, ainsi que le démontrent les statistiques de Merkel et de Vogl, faites à l'hôpital militaire de Munich et rapportées par MM. Tripier et Bouveret. Cependant les malades de M. Devic avaient tous été traités par les bains froids, et la moyenne des rechutes n'est que de 6,8 pour 100. Il s'ajoute donc un élément nouveau, inconnu, qui dépend peut-être de l'état physiologique particulier des malades.

La durée des différentes périodes de la maladie, atteint les chiffres suivants chez nos malades,

	Premier cycle fébrile	Période intercalaire	Rechutes
	—	—	—
Obs. V . . .	28 jours	4 jours	21 jours
— VI . . .	26 —	42 —	21 —
— VII . . .	28 —	4 —	14 —
— VIII . . .	21 —	10 —	14 —

Il nous semble inutile de donner ici une moyenne qui ne peut que fausser les résultats. En examinant ce petit tableau, on constate deux faits très nets : l'évolution par septenaire de la rechute et la durée très variable de la période intercalaire.

Par contre, il est difficile de prouver par des chiffres l'évolution par septenaire du premier cycle fébrile, le tracé thermique complet faisant défaut et le début réel de la maladie ne pouvant être fixé. Notre conviction, est cependant que l'évolution de la première partie de la maladie se fait par périodes de 14, 21, 28 jours, etc.

Nos malades ont-elles présenté pendant la première période de cette affection des signes permettant de prévoir la rechute ? On sait que les classiques ne fournissent pas à ce sujet de données précises. Les auteurs qui se sont occupés de la question se sont surtout basés dans leurs travaux sur la forme de la courbe de la température. Wunderlich disait que la forme de cette courbe n'avait aucune signification ; cependant si on observait des irrégularités dans le courant du deuxième septenaire, on devait craindre une rechute.

M. Devic n'a jamais noté ce fait ; mais il a observé chez plusieurs de ses malades au commencement de la courbe, et cela indépendamment de l'action des bains, un peu d'ondulation, une légère dépression de courte durée. M. Tripier insistait également sur ce point. En examinant nos tracés, nous ne retrouvons le signe de M. Devic que pour la malade de l'observation V. On note chez Marie G.. (obs. VII) un peu d'irrégularité de la courbe dans l'évolution du deuxième septenaire. Les deux autres malades n'offrent, au point de vue de

la température, aucune particularité, la dépression présentée par le tracé de l'observation XVIII relevant uniquement de la balnéation.

La durée de la période intercalaire a été extrêmement variable, puisqu'elle a oscillé entre quatre et quarante-deux jours. Cette durée de quarante-deux jours nous paraît exceptionnelle. Les chiffres fournis par les auteurs sont les suivants : Hutinel, de huit à douze jours ; M. Devic, de un à quatorze jours ; Murchinson, de trois à trente-cinq jours ; enfin Jaccoud cite un cas où la période intercalaire eut une durée de quarante jours ; ce chiffre était mis en doute par M. Devic dans sa thèse. Cependant en ce qui concerne la malade de l'observation VI, la rechute ne paraît pas discutable ; il ne peut s'agir d'une récurrence. Marie G... ne présenta jamais un rétablissement absolument complet : en quittant l'hôpital, elle avait un peu d'albumine dans ses urines, alors qu'à la fin du premier cycle fébrile, les urines étaient absolument normales. La réapparition de ce signe aurait dû rendre la convalescence suspecte et faire prévoir la possibilité d'une rechute.

La courbe de la température de nos malades, pendant la période intercalaire, peut se rapprocher des différents types thermiques proposés par M. Devic. Le tracé I est du type V : pas d'apyrexie, la température est régulière et la température vespérale au-dessus de 38 degrés.

Les tracés II et V sont du type I : apyrexie absolue, quelle que soit la durée de la période intercalaire, la température est régulière et normale.

Le tracé III, enfin, revêt le type IV : pas d'apyrexie absolue ; la température est irrégulière avec quelques ascensions vespérales au-dessus de 38 degrés.

Ajoutons que les symptômes pendant cette période intercalaire ont eu une marche parallèle à celle de la température : de même que nous avons vu la température se rapprocher plus ou moins de la normale ou l'atteindre, de même, nous avons assisté à tous les degrés de l'amendement des symptômes depuis une atténuation peu marquée (obs. V), jusqu'à un rétablissement presque complet (obs. VI).

Quelle a été la gravité de la rechute comparée à celle du premier cycle fébrile ? Peut-on établir un parallélisme entre ces deux périodes de la maladie ?

Nous ne voulons pas reprendre en détail l'histoire de chaque malade et il semble plus rationnel de donner des impressions d'ensemble. La rechute, chez trois malades, a été bénigne (obs. VI, VII, XVIII) ou du moins, il y en a pendant cette deuxième période une atténuation de tous les symptômes : c'est le fait habituel, la rechute étant généralement moins grave que la première atteinte. Catherine J..., au contraire, (obs. V) a présenté pendant sa rechute des signes beaucoup plus inquiétants que pendant le premier cycle fébrile. Tandis que Marie G... (obs. VII), par exemple, avait un pouls oscillant entre 120 et 160 à la période d'état et qui ne dépassait pas 130 pendant la rechute, Catherine J... présentait une tachycardie plus considérable pendant la rechute, et le pouls de 120 pulsations montait à 150 et même 160.

Les quatre malades avaient de l'albumine à leur arrivée à l'hôpital ; deux en avaient encore pendant la rechute ; les urines étaient redevenues normales chez toutes à la sortie de l'Hôtel-Dieu.

En résumé, sur quatre cas, la rechute a été bénigne deux fois (obs. VI, XVIII), dans un cas (obs. VII), cette bénignité a été relative, par ce fait que la rechute était moins grave que la première atteinte. Dans le quatrième cas, enfin (obs. V), la rechute a été grave.

Il semble donc, chez les nourrices, que la rechute est quelque chose de plus qu'un accident désagréable, ainsi que le dit Griesingeret, si le pronostic reste bon il ne doit cependant pas être fait à la légère. Nous croyons que, pour faire le pronostic de la rechute, on peut se laisser guider en partie par l'allure générale de la première atteinte ; la rechute sera bénigne ou sérieuse suivant que la maladie aura revêtu dans son premier cycle une forme légère ou une forme sévère.

Ces réserves étant faites, si on se place au point de vue du résultat final, nous restons d'accord avec les idées de M. Devic, qui considère la fièvre typhoïde à rechute comme étant habituellement d'un heureux pronostic.

Complications. — Les diverses complications présentées par nos malades se résument dans le tableau suivant :

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DATE
Abcès furoncleux. . .	2 cas. Obs. IV.	Pendant le premier cycle.
	Obs. XXI.	Pendant la convalescence.

COMPLICATIONS	NOMBRE DE CAS	DATE
Escarre sacrée	1 cas. Obs. V.	Pendant la rechute.
Mastite.	1 cas. Obs. XXII.	Pendant la convalescence.
Phlegmon de la main. . .	1 cas. Obs. XXIV.	Pendant la période d'état.
Hémorragie intestinale . .	2 cas. Obs. V. Obs. XVII.	A la fin du premier cycle fébrile. Fièvre typhoïde à forme hémorragique.
Cyanose sans suffocation. .	1 cas. Obs. VI.	Pendant le premier cycle.
Phlébite	1 cas. Obs. V.	Pendant la convalescence.

Dans ce tableau ne figurent pas l'angine ulcéreuse, le délire aigu ou subaigu avec accès de somnambulisme (obs. VIII), les douleurs abdominales plus ou moins vives, l'asthénie cardiaque. Les ulcérations buccales constituent un symptôme à proprement parler et non une complication ; les autres phénomènes dont nous parlons et que nous retrouvons dans certaines observations, font partie du cortège symptomatique des formes graves de la fièvre typhoïde, et il ne convient pas de les signaler ici.

Les complications, on le voit, ont été rares chez nos malades et, de plus, elles ont été bénignes : les deux seules complications sérieuses que nous ayons observées, hémorragie intestinale et phlébite, étaient sans gravité.

Diverses suppurations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ont été notées ; nous reviendrons sur les abcès du sein dans la fièvre typhoïde. La furoncu-

lose de la peau a été rare. Il est digne de remarque ce fait que l'infection cutanée qui, autrefois, devenait le point de départ des complications redoutables (érysipèle, gangrène de la peau, broncho-pneumonie) n'existe à peu près pas ou, du moins, ne se manifeste que par des signes atténués depuis l'application de la méthode de Brand.

La raison de cette amélioration ne réside pas seulement dans la balnéation : il est certain que les bains répétés ont sur la peau un effet des plus salutaires, car non seulement ils agissent en tant que lavages, mais en outre ils suppriment, par un véritable décapage de la peau, cette épidermisation excessive qu'on trouve chez tous les sujets condamnés au lit pendant un long temps. Outre cette action, il faut tenir compte des soins donnés dans l'intervalle des bains : les objets de literie, les draps en particulier, sont souvent changés et on réalise jusqu'à un certain point le linge stérilisé ; enfin, si on a soin de poudrer abondamment et souvent le dos et les parties génitales des malades, on évite les macérations de la peau, points de départ fréquents de l'infection. Lorsque tous ces soins sont donnés minutieusement, on peut voir évoluer la maladie pendant plusieurs septenaires sans observer aucune complication cutanée. Par ces mêmes mesures de propreté, on évite la formation des escarres : une seule nourrice (obs. V) a présenté cette complication : son escarre était très limitée et n'a jamais nécessité l'interruption de la balnéation ¹.

¹ La plaie était recouverte de sparadrap au traumatol, maintenu pendant les bains et dans leur intervalle.

Toutes nos malades, à leur entrée, avaient de l'albumine dans leurs urines ; dans certains cas, il s'agissait même d'une albuminurie massive et persistante (Obs. Vet. VII). Jamais cependant ce symptôme n'a revêtu l'allure d'une complication et, aucune malade n'a eu de signes de néphrite confirmée. Ici encore se manifestent les effets de la méthode de Brand.

Si on parcourt nos observations, on ne trouve pas noté un signe particulier, la douleur des pieds, qu'on a attribuée à tort autrefois à des névrites alcooliques, et qui paraît due à la balnéation prolongée : c'est un des rares inconvénients de la méthode. L'absence de ce symptôme résulte d'une simple coïncidence, et nous enregistrons simplement le fait.

C'est volontairement que nous avons négligé, dans cet exposé clinique, de parler des symptômes intéressant l'appareil génital de la nourrice. Nous étudierons dans un chapitre spécial, le fonctionnement de la glande mammaire chez la nourrice. Nous noterons simplement ici que les inflammations utérines ou périutérines n'ont jamais été observées. Une seule de nos malades a vu revenir ses règles pendant la maladie ; quelques autres étaient déjà réglées avant. Il semble donc que la fièvre typhoïde ou la balnéation n'ont aucune influence sur la menstruation chez les nourrices.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC — TRAITEMENT

A. Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les nourrices ne présente pas de difficultés particulières. La possibilité d'une infection utérine ne se discute plus comme dans la période qui suit l'accouchement.

Il faut retenir simplement ce fait que, étant donnée la fréquence de la dothiéntérie chez la nourrice, on devra toujours songer à l'existence de cette maladie, lorsque chez une femme qui allaite on verra survenir des signes généraux graves, qu'un examen minutieux n'aura pu expliquer.

B. Pronostic. — Le pronostic de la fièvre typhoïde chez les nourrices, établi en dehors de toute considération clinique et basé uniquement sur les données physiologiques, doit être réservé, en raison de ce fait que l'allaitement crée chez la femme « une sorte de diathèse diminuant sa résistance aux infections et aux intoxications. »

La clinique nous fournit des résultats tout autres : sur 25 cas, pris au hasard, nous trouvons 1 décès. Le

pronostic, *quoad vitam* est donc bon, et il semble qu'on peut dire avec M. Péhu : « La fièvre typhoïde évoluant chez des femmes allaitant un enfant ne se présente pas pour cela avec une gravité particulière. »

Cependant, si nous analysons nos observations, nous trouvons dans la moitié des cas environ des formes sévères. Vingt malades ayant été baignées, nous pouvons établir une classification au point de vue de la gravité de la maladie, analogue à celle de MM. Tripier et Bouveret.

La classification de ces auteurs est basée sur le nombre de bains pris par le malade :

Formes légères. 0 à 40 bains.

Formes moyennes 40 à 80 —

Formes graves, plus de 80 —

Sur 20 cas baignés, nous retrouvons ainsi 11 formes graves (80 à 189 bains) et un décès. Il resterait donc 13 formes moyennes ou légères.

La seule malade qui succomba présentait une forme hémorragique. On ne reconnaît pas ici l'influence épidémique admise par Griesinger; mais, par contre, ce cas isolé irait bien à l'appui des idées de Gehrard, qui prétendait que cette forme de la fièvre typhoïde frappe toujours des individus débilités ou malades.

On lit, en effet, dans l'observation de la malade : « On avait conseillé à cette femme, après son accouchement de ne pas nourrir. Elle était faible, ne toussait pas cependant et ne présentait pas de malaises spéciaux. » Une nourrice saine et robuste pourra donc faire impunément une fièvre typhoïde : la maladie sera peut-être grave, mais elle guérira habituellement.

C. Traitement. — La majorité des malades, dont nous rapportons les observations (20 environ), ont été traitées par les bains froids. Ce mode de traitement a toujours été bien supporté. Fr. Glénard qui, le premier en France, appliqua la méthode de Brand, baignait déjà les nourrices et MM. Tripier et Bouveret, en préconisant cette méthode, ne voient pas dans l'allaitement une contre-indication de la balnéation. Ils signalent six cas ayant tous abouti à la guérison sans complications mammaires. Une seule malade (obs. XXII) parmi les nôtres, eut un abcès du sein. La nature du traitement n'est pas noté dans l'observation.

En ce qui concerne les malades de M. Devic, la méthode des bains froids fut toujours appliquée dans toute sa rigueur et dès le diagnostic posé. Une seule fois, on dut suspendre le traitement pendant quelques jours chez une nourrice (obs. V) qui avait eu une hémorragie intestinale. Celle-ci, peu abondante, ne se renouvela pas. La malade, traitée par l'immobilisation absolue, la glace sur le ventre, la diète et les lavements chauds à 48 degrés, put reprendre les bains au bout de trois jours suivant la ligne de conduite habituelle de M. Devic.

L'état des seins ne gêne pas la balnéation : l'expression, une compression méthodique faites dans l'intervalle des bains ont toujours raison en vingt-quatre ou quarante-huit heures au maximum de la douleur et de la distension mammaire.

Les malades de M. Devic n'ont pris qu'exceptionnellement des médicaments ; la céphalée cesse généralement avec les bains, au besoin avec des applications

de glace sur la tête. Les fonctions intestinales sont réglées par les lavements et la diarrhée cède, le plus souvent, à la réfrigération (glace en cataplasmes froids) de l'abdomen. L'usage des antithermiques médicamenteux est inutile, sauf dans les rechutes pendant lesquelles on put se passer de donner des bains froids. M. Devic consent même à employer les médicaments dans les fièvres typhoïdes à défervescence lente, dont nous trouvons un exemple dans l'observation XIX.

Dans ces formes particulières, on voit pendant quelques jours la température osciller entre 37°5 et 38 degrés ; les bains ne sont pas indiqués et cependant la guérison n'est pas complète. Si cet état se prolonge, on peut employer le sulfate de quinine à faible dose et surtout on peut, sans inconvénient, commencer à alimenter son malade d'une façon un peu substantielle (purée de pomme de terre et de viande par exemple). Rapidement, la température redescend à 37 et une convalescence normale s'installe.

La méthode de Brand nous paraît être le traitement de choix des nourrices atteintes de dothiéntérie et la balnéation doit être préférée aux autres agents antithermiques. Les médicaments administrés à doses fortes et surtout répétés ont souvent des effets nuisibles, en particulier sur le rein, chez les typhiques ordinaires ; à plus forte raison chez les nourrices dont le foie est physiologiquement insuffisant et dont la nutrition générale est plus ou moins troublée.

DEUXIÈME PARTIE

INFLUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE SUR L'ALLAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

ÉTAT DU LAIT CHEZ LA NOURRICE TYPHIQUE

Avant d'étudier l'état des enfants alimentés pendant un temps plus ou moins long par une nourrice typhique, il est rationnel d'examiner ce qui sert de lien entre la femme et l'enfant, le lait. En admettant qu'il existe des cas de fièvre typhoïde transmise par une nourrice à son nourrisson, le lait nous apparaît comme l'agent intermédiaire de la maladie et il semble, au premier abord, qu'on puisse l'incriminer sans réserve. Nous allons voir ce qu'il faut penser d'une telle conception.

a) La lactation. — En lisant nos observations, on peut déduire un fait certain : c'est la persistance prolongée de la lactation.

En général, la malade arrive à l'hôpital avec des seins gonflés, durs, parfois douloureux; la veille

encore, elle alimentait son enfant. Après deux ou trois jours de compression méthodique des seins, le gonflement et la douleur disparaissent; par contre, la glande sécrète toujours, et cela en dépit du purgatif administré au début comme médication d'attente, en dépit de la diarrhée plus ou moins abondante qui survient toujours au cours de la maladie. L'affection suit son cours, la guérison survient et la malade part en convalescence; à ce moment-là, les seins sont flétris, ratatinés, mais la pression fait encore sourdre un peu de liquide qui ne ressemble plus à du lait, sans doute, mais qui indique bien du moins que la glande n'a pas cessé complètement de fonctionner. Certaines nourrices, qui ne donnent pas le sein pendant leur fièvre, gardent une sécrétion lactée presque suffisante. Témoin cette malade de M. Devic (obs. VI), qui revint à l'hôpital au trente-deuxième jour de sa convalescence pour demander la permission de nourrir son enfant, et à laquelle on n'hésita pas à accorder cette permission.

Les accidents fébriles ne suffisent pas toujours pour tarir la sécrétion lactée : trois femmes (obs. XX, XXI, XXIV) ont pu nourrir leur enfant pendant toute la durée de leur maladie qui fut longue et grave. Ici apparaît, à n'en pas douter, l'action de la succion du mamelon par l'enfant comme agent d'excitation de la sécrétion mammaire.

Les complications du côté des seins ont été exceptionnelles. Les bains froids n'ont aucune action nocive (Tripier et Bouveret) et dans un seul cas on a vu se développer un abcès du sein (obs. XXII). Hanriot dans

une thèse sur la mammite typhique arrive à cette conclusion qui est aussi la nôtre : la grossesse et l'allaitement ne favorisent pas l'apparition de la mammite chez les typhiques. Il rapporte 20 observations, dont 16 chez la femme ; une seule était nourrice. Pour nous, pendant un semestre passé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Devic, nous avons vu une trentaine de typhiques femmes dont 6 nourrices. Dans 2 cas seulement, un des seins présentait une induration qui pouvait faire craindre la formation d'un abcès ; il n'y eut pas de suppuration et ces femmes n'étaient pas nourrices.

En résumé, la fièvre typhoïde paraît n'avoir aucune action spéciale sur la lactation, en tant qu'acte sécrétoire. La sécrétion persiste très longtemps chez les nourrices atteintes de dothiéntérie et l'arrêt de cette sécrétion paraît dû bien plutôt à la suspension de l'allaitement qu'à l'état fébrile, ou aux bains froids.

b) Le lait. — Du passage des bacilles ou des agglutinines dans le lait.

1° *Bacille d'Eberth.* — Cohn et Neumann en 1898 ont montré que le lait provenant des sujets sains et recueilli proprement renfermait 19 fois sur 20 des microorganismes : le plus souvent ce sont des staphylocoques blancs, quelques fois des staphylocoques dorés. D'autres auteurs sont arrivés au même résultat. Genoud a vu qu'en réalité ces microbes sont les hôtes seulement de la partie terminale des canaux galactophores, et que leur présence dans le lait n'est pas le fait d'une élimination par la glande mammaire.

Le lait peut-il dans certains cas devenir l'agent de

transmission des maladies infectieuses, peut-il chez une typhique renfermer de l'Eberth ?

L'expérience a montré que plusieurs conditions sont nécessaires pour que l'élimination des microbes se fasse par le lait. Il faut tout d'abord que l'agent pathogène soit en circulation dans le sang; il faut ensuite que l'épithélium glandulaire soit altéré. On trouve ici une application de cette loi de Wissokowitsch : les épithéliums glandulaires sains ne laissent pas passer de microbes. Des travaux de Lustig et Trinci, il résulte que le passage des microorganismes ne s'effectuent qu'à travers une mamelle en activité.

Nous ne connaissons pas de travail expérimental fait sur le passage du bacille d'Eberth dans le lait, et nous devons nous contenter ici des données cliniques. Si nous nous reportons aux résultats obtenus avec d'autres variétés microbiennes, nous voyons que ces résultats ont été très différents suivant les auteurs, les espèces microbiennes, les animaux en expérience. Nous nous contenterons de donner les conclusions de Basch et Weleminsky et celles de Calandra; ces auteurs ont fait des expériences en série avec tout le soin et la précision qui paraît désirable.

Basch et Weleminsky avec du pyocyanique, avec de la diphtérie, du charbon, du streptocoque, trouvent que seul le bacille pyocyanique peut passer en créant des lésions hémorragiques dans la glande mammaire. Ils concluent : « Les germes que l'on trouve dans le lait n'y pénètrent que mécaniquement à la suite d'hémorragie ou d'affection locale de la glande elle-même. Dans beaucoup d'affections ou de processus septicémi-

ques où le sang est sursaturé de microbes, le lait est stérile, quelquefois même *post-mortem*. »

Calandra est moins absolu dans ses conclusions, malgré le résultat toujours négatif qu'il a obtenu avec le pneumobacille de Friedlander, le bacterium coli, le bacille de Klebs-Lœffler, le bacille du choléra, le bacille pyocyanique. « Des recherches nouvelles et plus nombreuses, dit-il, sont nécessaires pour élucider la question. Tout ce que je peux dire c'est que dans les conditions où je me suis placé, à la façon dont l'expérience a été conduite, pour les animaux employés, la mamelle étant intacte, le passage des germes pathogènes dans le lait n'a pas été constaté. »

Les expériences de Basch et Weleminski, de Calandra sont loin d'avoir une valeur absolue : elles n'ont une valeur réelle que pour les microorganismes qui en font l'objet et ce n'est que par analogie que l'on peut appliquer à l'homme ce qui se passe chez les animaux. Ce ne serait que par analogie également avec d'autres espèces microbiennes qu'on pourrait conclure pour le bacille d'Eberth, car, nous l'avons dit, les expériences manquent à ce sujet.

Les recherches faites dans le lait de nourrices typhiques ont toujours été négatives ; dans quatre de nos observations, l'absence du bacille d'Eberth dans le lait a été constatée. Rappelons qu'en 1887, Chantemesse et Widal ont cherché vainement à plusieurs reprises ce bacille dans le lait de nourrices atteintes de fièvre typhoïde. Cependant l'Eberth existe dans le sang et si on ne le trouve pas dans les formes légères, il faut s'attendre à le rencontrer d'une façon à peu près con-

stante dans les formes moyennes et graves. Les règles que nous avons émises au début de ce chapitre sont donc applicables à la fièvre typhoïde, et il semble bien qu'une glande mammaire saine ne laisse pas passer le bacille de la dothiéntérie.

Les faits cliniques, nous le verrons ultérieurement, sont d'accord avec les recherches de laboratoire : la transmission de la fièvre typhoïde de la nourrice à son nourrisson, si tant est qu'elle existe, est exceptionnelle.

2° *Agglutinine*. — La glande mammaire se comporte donc comme un véritable filtre et arrête au passage les microbes. Elles n'agit pas de même vis-à-vis des substances solubles.

Depuis longtemps, déjà, on sait que le sein excrète les médicaments ingérés par la nourrice. Les travaux actuels¹ ne tendent qu'à préciser la nature de ces médicaments. Dès 1892, les auteurs s'occupaient du passage des toxines ou des antitoxines dans le lait. Ehrlich fit le premier des expériences avec les antitoxines de la ricine, de l'abrine, du tétanos sur la souris en lactation. Il montrait qu'elles peuvent être transmises aux petits par l'allaitement. Il concluait à un rôle dans la genèse de l'immunité héréditaire, de l'immunisation dans l'allaitement.

Vaillard, en 1896, montra que ces résultats vrais pour la souris, sont faux chez le lapin et le cobaye.

Brieger, Ehrlich, Wassermann ont constaté le passage de la toxine et de l'antitoxine diphtérique ; ils ont

¹ Buccura, *Sem. méd.*, oct. 1907.

vu que le lait de chèvre immunisée est susceptible de transmettre l'immunité.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les recherches ont porté sur les substances agglutinantes dont la présence dans le lait est facilement décelable. La clinique a précédé le laboratoire.

En 1896, Achard et Bensaude constatèrent les premiers chez une nourrice typhique, le passage des substances agglutinantes dans le lait ; quelques jours après, Thiercelin et Lenoble rapportaient un nouveau cas. Dans ces deux observations, le pouvoir agglutinatif n'avait pas été transmis à l'enfant. Dès cette époque Widal et Sicard établissaient expérimentalement la possibilité du passage des substances agglutinantes dans le lait et leur transmission à l'enfant. Ils avaient des résultats positifs chez la souris, négatifs chez le cobaye et le chat. Par contre, ils n'obtinrent pas la transmission du pouvoir agglutinant par le lait sur leur garçon du laboratoire qui avait ingéré chaque jour pendant trois semaines, un demi-litre de lait de chèvre présentant un pouvoir agglutinatif élevé.

En 1905, Vitry faisant des recherches sur la résistance de la nourrice aux infections, trouve cinq nouveaux cas publiés de fièvre typhoïde chez des nourrices : dans ces cinq cas, on trouvait des agglutinines dans le lait (obs. XX, XXI, XXVII, XXVIII, XXIX.) Depuis, nous trouvons cinq autres observations avec séro-réaction du lait positive (obs. X, XIII, XIV, XXIV, XXX). Rappelons enfin, que deux malades de M. Devic présentèrent également une réaction de Widal du lait positive. Ce qui, au total, fait quatorze

cas, et nous devons ajouter que dans plusieurs de nos observations cette séro-réaction n'a pas été recherchée.

La présence des agglutinines dans le lait est donc un fait fréquent, presque banal et qu'on put prévoir par le simple examen du sang ; on sait, en effet, que le pouvoir agglutinatif du lait est directement proportionnel à celui du sang : si le sang a un pouvoir agglutinatif élevé, on doit s'attendre à trouver une séro-réaction du lait positive.

Le passage des agglutinines dans le lait ne peut pas réaliser chez l'enfant l'infection. Il est inutile d'insister sur cette question ? Peut-il créer une certaine immunité ? Nous étudierons cette question au chapitre suivant.

CHAPITRE II

ÉTAT DE L'ENFANT ALIMENTÉ PAR UNE NOURRICE TYPHIQUE

Lorsqu'on étudie la fièvre typhoïde chez la nourrice, l'intérêt ne se concentre pas seulement sur la mère, il s'étend aussi à l'enfant : il est de toute importance de savoir comment va se comporter un enfant, alimenté par une mère infectée, et qui absorbe un lait pur de bacilles, nous le savons, mais plus ou moins toxique.

La lecture de nos observations montre que *la dothiéntérie de la mère n'a jamais été transmise à l'enfant qu'elle allaitait.*

Il ne faudrait pas répondre à cela que le nourrisson, de par son jeune âge, est jusqu'à un certain point immunisé. Jusqu'en 1840, on a cru que la fièvre typhoïde n'existait pas chez le nourrisson : et Ruz pouvait dire dans les Archives de médecine : « On n'a dans la science aucun exemple authentique et incontestable de la maladie avant l'âge de quatre ans. » Cependant la même année, en réponse à cette notice, Charcelay publiait dans ces mêmes Archives de médecine deux observations de fièvres typhoïdes congénitales avec mort aux huitième et quinzième jours ; Rilliet et Barthez observaient à leur tour deux cas de fièvre typhoïde

avec autopsie chez des enfants de vingt-deux mois et deux ans. Et, si en 1885, Bouchut dans son *Traité des maladies des nouveau-nés*, n'admet pas la possibilité de la fièvre typhoïde chez le nourrisson, deux ans plus tard, Cadet de Gassicourt pense que la dothiéntérie est relativement rare dans les premières années de la vie ; elle y existe cependant et le jeune âge du malade ne doit jamais nous empêcher de porter un diagnostic justifié. Un autre argument enfin, qui prouve que le nouveau-né est sensible au virus typhique, c'est l'existence de la fièvre typhoïde congénitale dont plusieurs cas ont été rapportés par Etienne en 1896 dans une revue générale.

La fièvre typhoïde existe donc chez le nourrisson, mais elle est rare. Marfan dit qu'elle est tout fait exceptionnelle au-dessous de deux ans. Les chiffres sont complètement en faveur de cette opinion : Nobécourt et Voisin, en 1900, ont fait une statistique de la dothiéntérie chez l'enfant au-dessous de quinze ans. Ils réunirent 1826 cas : on trouve seulement 32 nouveau-nés, ce qui donne une proportion de 1,8 pour 100. Il faut tenir compte que dans la statistique globale, sont comprises des statistiques (celle d'Oliver par exemple) qui ont été faites avant la découverte du séro-diagnostic ; et il est certain qu'avant cette époque, beaucoup de cas échappaient à la sagacité du clinicien, quand on songe combien est grande la difficulté du diagnostic de fièvre typhoïde chez le petit enfant.

La rareté de la dothiéntérie chez le nouveau-né ne s'explique donc pas par une immunisation relative : ce privilège est plutôt un résultat de l'alimentation,

ainsi que le fait remarquer Marfan. Un enfant nourri exclusivement au sein n'aura aucune raison de contracter la fièvre typhoïde si sa nourrice est bien portante. Un enfant nourri artificiellement sera plus exposé à contracter la maladie, car il paraît certain que le lait de vache peut transmettre la fièvre typhoïde lorsqu'il a été souillé accidentellement par le bacille d'Eberth, qui s'y cultive très bien. Elgar Buck a donné la relation d'une épidémie ayant cette origine : l'eau servant à laver les vases à lait sortait d'un puits contaminé. Enfin l'enfant, dont la nourriture sera celle de l'adulte, aura autant de chance que ce dernier de prendre la maladie. En d'autres termes, la fréquence de la fièvre typhoïde chez l'enfant augmente à mesure que se modifie son alimentation.

Un enfant nourri par une typhique peut-il contracter la fièvre typhoïde ?

Dans les 25 observations que nous rapportons, nous ne trouvons pas d'exemple de ce genre, cependant 3 malades ont nourri pendant toute la durée de la maladie. Rappelons que Gerhard signale aussi 5 cas où la mère typhique ayant continué à nourrir, on n'observa rien de particulier chez l'enfant. Il existe cependant des cas positifs : ceux de Schadler, d'Hérard et de Gerhard.

Dans le cas de Schadler, il s'agit d'un enfant de sept mois, dont la mère atteinte de fièvre typhoïde grave mourut au vingt-sixième jour après avoir allaité jusqu'au seizième jour de maladie. Cet enfant présenta pendant dix jours des phénomènes fébriles et mourut. L'autopsie montra des follicules clos et des

plaques de Peyer tuméfiées avec augmentation de volume et ramollissement de la rate. Le cas d'Hérard, concernant également un enfant de sept mois est analogue à celui de Schadler. Enfin, Gerhard rapporte une observation où la mère ayant succombé, l'enfant guérit après avoir présenté de l'augmentation de volume de la rate, des taches rosées, une courbe thermique rappelant celle de la dothiéntérie.

Malheureusement à ces trois observations, il manque le contrôle de la bactériologie. L'examen nécropsique lui-même ne paraît pas avoir une grande valeur : l'enfant de Schadler présentait des lésions analogues à celles du choléra infantile. En admettant même que les nourrissons aient eu la fièvre typhoïde, rien ne prouve qu'ils aient été infectés par le lait de la mère ; on peut toujours supposer une infection banale, soit par une alimentation autre que le lait maternel, soit par le contact avec la bouche de l'enfant d'un objet souillé.

Loin de nous la pensée de nier la possibilité de la contagion de l'enfant par le lait de la mère : nous croyons cependant que ce mode de contamination n'est pas encore cliniquement démontré. Ceci vient à l'appui des données de laboratoire fournies par l'examen du lait. Nous concluons donc en disant : *la fièvre typhoïde de la nourrice est exceptionnellement transmise à son nourrisson.*

Non seulement les nouveaux-nés ne contractent pas la fièvre typhoïde, mais ils supportent assez bien une alimentation qui ne peut être que défectueuse. Dans les 30 observations que nous rapportons (résumées ou entières), l'état du nourrisson est signalé 23 fois. Chez

13 enfants, la santé parut toujours excellente ; 10 présentèrent des manifestations diverses.

La séro-réaction de l'enfant n'a été recherchée que 10 fois ; dans quatre cas seulement, elle fut positive (obs. XIII, XXI, XXVII. XXIX), Hâtons-nous d'ajouter que sur ces quatre nourrissons, trois furent toujours bien portants. Il s'agissait donc d'un phénomène purement passif. Quant au petit malade de Castaigne, il avait une mauvaise santé avant la fièvre typhoïde de sa mère, son alimentation ayant toujours été vicieuse ; d'ailleurs, il est à noter que s'il présenta à plusieurs reprises une séro-réaction positive, quand il prenait le lait maternel, c'est pendant ces mêmes périodes que les troubles gastro-intestinaux étaient le moins marqués. C'est donc avec raison que l'auteur attribua la mort de l'enfant à du choléra infantile, d'autant plus qu'une ponction de la rate et l'ensemencement des selles furent négatifs.

Dans l'observation de Th. Mac Crae, l'enfant eut une température de 39°4 avec de la diarrhée et des vomissements. Le séro-diagnostic fut négatif et, d'ailleurs, ces phénomènes s'amendèrent avec le sevrage. Le malade de Griffon et Abrami eut des troubles digestifs avec de la fièvre, un séro-diagnostic paratyphique positif et typhique négatif, ces symptômes disparaissant chaque fois qu'on cessait l'allaitement maternel. Ils ne reparurent point quand on le reprit définitivement pendant la convalescence de la mère.

On voit donc que, parmi les nourrissons qui eurent une réaction fébrile, aucun n'eut véritablement des signes de dothiéntérie.

Les autres symptômes présentés par les enfants peuvent se résumer en des troubles gastro-intestinaux très légers : quelques vomissements, une diarrhée peu abondante, avec perte de poids plus ou moins marquée. Ces phénomènes ont généralement cessé avec le sevrage. Celui-ci, à son tour, a pu provoquer quelques troubles, sans particularité du reste, mais dont il a fallu reconnaître la véritable origine.

Tous ces signes morbides trouvent facilement une explication dans l'alimentation défectueuse de l'enfant. Si la sécrétion lactée de la nourrice n'est pas tarie, elle est tout au moins diminuée, cette diminution relevant à la fois de la diarrhée et de la fièvre. Le lait, d'autre part, plus ou moins chargé en substances toxiques, par le fait même qu'il jouit des mêmes propriétés agglutinantes que le sérum, est susceptible de déterminer une réaction intestinale plus ou moins vive. Cinq des enfants sur dix qui furent malades, avaient absorbé du lait qui agglutinait.

Nous rappelons en passant que sur les 4 enfants dont le séro-diagnostic fut positif, un seul eut des troubles intestinaux ¹.

L'enfant, en absorbant un lait plus ou moins chargé de toxines, acquiert-il, à son tour, s'il présente

¹ Ces faits ne viendraient pas à l'appui de l'opinion d'Achard et Bensaude sur la nécessité des lésions gastro-intestinales par l'absorption des substances agglutinantes. Ces auteurs pensent avoir démontré que la substance agglutinante peut être absorbée à la suite de son introduction dans toutes les cavités muqueuses « pourvu que cette introduction y détermine des lésions ; mais si la muqueuse reste saine, la substance agglutinante reste à la surface interne de l'organisme sans pénétrer dans les tissus. » (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 31 juillet 1886.)

une réaction agglutinante, un certain degré d'immunité, immunisation d'ailleurs passagère et passive ?

On sait, actuellement, ce qu'il faut penser de la réaction agglutinante. Grüber, autrefois, en faisait une réaction d'immunité. Widal a montré qu'en réalité la réaction apparaissait avant que l'immunité soit acquise, c'est-à-dire au cours de l'infection ; elle est donc indépendante de l'état d'immunité : il s'agit plutôt d'une réaction d'infection ou mieux d'une réaction de la période d'infection.

Chez nos nourrissons, on ne peut attribuer aux substances agglutinantes cette origine, étant donné que leur présence dans le sérum est due à un passage, à une absorption passive. Il n'en est pas moins vrai que le sérum qui agglutine acquiert des propriétés nouvelles. Et si on admet avec P. Courmont que le fait de l'agglutination aide à l'action des substances bactéricides proprement dites, on doit attribuer aussi une propriété défensive au sérum, qui a acquis, même passivement, un pouvoir agglutinatif déterminé et certain.

Ce n'est là malheureusement qu'une hypothèse, et on ne peut affirmer que l'enfant subisse ainsi une sorte de vaccination ; il serait néanmoins intéressant de savoir comment se comportent ultérieurement, vis-à-vis du virus typhique, ces enfants qui ont présenté à un moment donné une séro-réaction positive.

Une nourrice typhique peut-elle allaiter son enfant ?

Nous basant sur les résultats fournis par l'examen du lait et sur quelques cas cliniques, nous pourrions donner une réponse affirmative. Pratiquement, il doit en être

tout autrement : on devra, dès le diagnostic établi, réaliser sans retard le sevrage complet et confier le nourrisson à d'autres mains.

C'est l'opinion des auteurs qui se sont occupés de la question. Depaul, Boutequoy, Besson, Jacquemier, Legendre, Combe-Laboissière conseillent d'interrompre l'allaitement dès que l'affection est caractérisée. Marfan écrit : « Une nourrice atteinte de fièvre typhoïde peut transmettre la maladie à son nourrisson. Il suffit qu'il existe des cas où cette transmission a paru s'opérer pour qu'on ordonne à toute nourrice atteinte de dothiénentérie de suspendre l'allaitement. » Mery, Péhu concluent dans le même sens.

La question est en réalité double et, en pratique, il faut considérer deux intérêts : celui de la mère, celui de l'enfant. Il est vrai que dans le cas particulier, ils dictent une même conduite, car, comme le dit Briens : « Dans certains cas de maladies aiguës, l'allaitement est dangereux à la fois pour la mère, étant une cause d'extrême épuisement et pour l'enfant qui prend un lait altéré, riche en toxines. »

Nous avons vu dans la première partie de cette thèse, quelle influence a la fièvre typhoïde sur l'organisme de la mère et ses fonctions générales. Cette action nuisible et dépressive commande un arrêt de l'allaitement. Quant à l'enfant, non seulement il absorbe un lait insuffisant et peut-être contaminé, mais encore par son voisinage avec sa nourrice et surtout les attouchements fréquents qu'il en reçoit, il s'expose à un mode de contagion encore plus efficace. Nourrice et nourrisson ont donc intérêt à être séparés. Cette conduite à

tenir ne doit pas être cependant érigée en maxime absolue : dans certains cas, il peut être indiqué de laisser l'enfant au sein de sa nourrice (obs. II de Castaigne), c'est lorsque le sevrage n'est absolument pas toléré ; il est encore préférable d'exposer l'enfant à un danger en somme hypothétique, que de le laisser volontairement succomber d'un mal qu'on peut enrayer. En s'entourant de précautions minutieuses, antiseptie des mamelons, éloignement du nourrisson dans l'intervalle des tétées, on est à peu près certain d'éviter la contagion.

Une nourrice guérie, peut-elle reprendre l'allaitement ?

Pour ce faire, deux conditions sont à remplir :

1° La sécrétion lactée doit être suffisante.

2° Le lait ne doit plus être toxique.

Nous pouvons dès à présent répondre à la seconde proposition. Si les glandes mammaires sont restées saines pendant la maladie, le lait ne renferme pas de bacille ; quant à sa puissance toxique, que nous ne pouvons pratiquement mesurer que d'après son pouvoir agglutinant, lequel, nous le savons, est bien inférieur à celui du sang, il s'affaiblit rapidement et disparaît généralement pendant la convalescence. D'ailleurs il est toujours possible, avant de reprendre l'allaitement, de faire un nouvel examen bactériologique du lait. Quant à savoir si la sécrétion lactée de la nourrice convalescente est suffisante, nos observations nous permettent seulement d'affirmer que cette sécrétion persiste très longtemps : la plupart de nos malades, en quittant l'hôpital, avaient une glande mammaire encore en activité. Nous croyons

cependant que peu d'entre elles auraient pu reprendre utilement un nourrissage ; une seule, manifesta le désir de reprendre l'allaitement de son enfant ; elle avait encore assez de lait pour qu'on pût espérer voir se rétablir une sécrétion suffisante par les suctions répétées et réglées : cette femme ne profita malheureusement pas de la permission et du conseil.

La possibilité de reprendre le nourrissage après la fièvre typhoïde ne doit pas être considérée, toutefois, comme exceptionnelle. Si nous lisons les cliniques de Trousseau, nous apprenons que la sécrétion du lait, surtout chez une femme bonne nourrice, reprend très facilement et aussi abondamment qu'auparavant, alors que depuis quinze jours, trois semaines, un mois, elle était suspendue. Trousseau l'a même vue reprendre après trois mois.

Mochez est très affirmatif sur ce sujet :

« Si la fièvre continue n'excède pas une durée de trois à quatre semaines, si la convalescence est franche et sans complication, les seins se remplissent de nouveau lorsque l'alimentation répare les forces de l'organisme et que la malade reprend cette vigueur des opérations de la vie qui caractérise la convalescence de la fièvre typhoïde. »

Il cite un cas intéressant : une malade vient à l'hôpital à la fin du premier septenaire de sa fièvre. Son enfant est souffrant, mais trouve encore un peu de lait en tétant. Pendant les quinze jours de la période d'état, il est nourri artificiellement ; dès la convalescence, on le remet au sein sans incident pour la mère et pour le plus grand bien de l'enfant.

Pour conclure, les deux conditions précédentes étant remplies, nous prétendons qu'une nourrice guérie de sa fièvre typhoïde peut toujours reprendre son nourrisage : d'une part, il est sans danger pour l'enfant ; d'autre part, si la sécrétion lactée est insuffisante au début, elle ne tardera pas à redevenir normale, à condition que le nourrisson soit assez vigoureux, les tétées bien réglées et la nourrice bien alimentée.

CONCLUSIONS

I. La fièvre typhoïde est fréquente chez les nourrices ; la raison de cette fréquence est peut-être dans les modifications physiologiques que subit l'organisme de la femme qui allaite.

Le chiffre de la mortalité ne dépasse pas la moyenne habituelle, mais la maladie revêt souvent une allure sérieuse avec tendance à la rechute.

Les bains sont bien supportés et la méthode de Brand paraît être la méthode de choix comme traitement.

II. La sécrétion lactée persiste longtemps, souvent au delà de la maladie.

Le lait ne renferme pas de bacille d'Eberth ; dans la majorité des cas, il contient des substances agglutinantes.

III. La transmission de la maladie au nourrisson par le lait n'est pas cliniquement démontrée.

Les enfants, alimentés pendant un temps plus ou moins long par une nourrice typhique, présentent parfois des troubles digestifs légers ; le plus habituellement, ils supportent bien cette alimentation vicieuse.

Le sevrage forcé peut, à son tour, avoir un retentissement sur le tube digestif.

Lorsque le lait a un pouvoir agglutinatif puissant, la séro-réaction de l'enfant peut être positive.

IV. Une nourrice qui contracte la fièvre typhoïde doit cesser immédiatement d'allaiter.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COLLET .

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 juillet 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD, *Sur le passage de la propriété agglutinante à travers le placenta* (Société de biologie, 6 mars 1897).
- ACHARD et BENSAUDE, *Fièvre typhoïde chez une nourrice ; agglutination du bacille d'Eberth par le lait* (Société médicale des hôpitaux de Paris, 31 juillet 1896).
- AYMARD, *Recherches sur le passage des microorganismes (et en particulier du pneumocoque) de la mère à l'enfant* (thèse de Paris, 1891).
- BARTHEZ et SANNÉ, *Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance*, 1891.
- BASCH et WELEMSKY, *Ueber die Auscheidung von mikroorganismen durch die thätige Milchdrüse* (*Berl. klin. Woch.*, Bd XXIV, p. 977, 1897).
- BOUCHUT, *Maladies des nouveau-nés*, 1885.
- BRIENS, *Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein* (thèse de Paris, 1902).
- BUDIN et PERRET, *De l'allaitement dans les suites de couches pathologiques* (*l'Obstétrique*, 1901).
- CADET DE GASSICOURT, *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1887.
- CALANDRA, *Del passaggio diretto di germi patogeni dall'organismo nella secrezione lattiera* (*Pediatria Napoli*, anno VI, 1898).
- CASTAIGNE, *Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement* (*Médecine moderne*, 1897, 13 novembre).
- CHANTEMESSE et WIDAL, *Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde* (*Archives de physiologie*, p. 217, 1887).
- CHARRIN, Société de biologie, 1897.
- COURMONT (Paul) et CADE, *Transmission de la substance ag-*

- glutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement* (Société de biologie, 8 juillet 1899).
- CUCHÉROUSSET, *De la fièvre typhoïde chez l'enfant* (thèse de Paris, 1902).
- DEVIC, *Des rechutes dans la fièvre typhoïde* (thèse de Lyon, 1886).
- DONZEAU, *Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde, principalement chez les enfants* (thèse de Paris, 1900).
- EHRlich, Ueber Immunität durch Vererbung und Saugung (*Zeitschrift für Hyg.*, Leipzig, Bd XII, p. 183, 1892).
- D'ESPINE et PICOT, *Traité des maladies de l'enfance*.
- ETIENNE, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1896.
- FORGET, *L'infection typhique chez les nourrissons* (thèse de Paris, 1902).
- GERHARD, *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1877.
- GLEIZE (A.), *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches* (thèse de Toulouse, 1904).
- GRANCHER, COMBY et MARFAN, *Maladies de l'enfance*, 1897.
- GRIESINGER, *Traité des maladies infectieuses* (traduction de Lemaître).
- GRIFFON et ABRAMI, *Transmission par l'allaitement de la mère à l'enfant d'agglutinines au cours d'une fièvre typhoïde* (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1906).
- GUINON, *Revue des maladies de l'enfance*, 1897.
- HANRIOT, *De la mammité comme complication de la fièvre typhoïde* (thèse de Nancy, 1904).
- HAUSHALTER, Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 30 septembre 1897).
- HÖKE, A propos du passage des bacilles typhiques et des agglutinines dans le lait des nourrices typhiques (*Centr. für inere Medizin*, 16 avril 1904).
- LANDOUZY et GRIFFON, *Transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant* (Société de biologie, 6 novembre 1897).
- LUSTIG et TRINCI, Elimination des bactéries à travers la glande mammaire (*Settimana medica*, 13 juin 1896).
- MAC-CRAE (Th.), John Hopkins Hosp. (*Bull. Balt.*, 1902).
- MAHRT, Passage de l'agglutinine typhique de la mère à l'enfant (*Centralblatt für Stoffwechsel und Verdauungskrankheiten*, Bd II).
- MARFAN, *Traité de l'allaitement*.

- MÉRY, *Traité des maladies de l'enfance*, 1904, article FIÈVRE TYPHOÏDE.
- MOCHEZ, *De l'influence des maladies aiguës sur l'allaitement* (thèse de Paris, 1891).
- MURCHINSON, *Traité de la fièvre typhoïde* (traduction de Lutaud, 1878).
- NETER, Epidémie de fièvre typhoïde (*Bull. Soc. pédiatrie*, 1900).
- NEUMANN, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895.
- NOBÉCOURT et BERTHERAND, *Bull. Soc. pédiatrie*, 1900.
- NOBÉCOURT et VOISIN, *Revue des maladies de l'enfance*, 1903.
- PASQUALE DE MICHELE, *La Pediatría*, août 1894.
- PÉHU, Allaitement et fièvre typhoïde (*Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 20 janvier 1907).
- POPOFF, *Wratsch*, 1893, n° 10.
- RIVOIRE, thèse de Montpellier. 1899.
- THIERCELIN et LENOBLE, Action agglutinante du lait d'une typhique sur les cultures du bacille d'Eberth (*Presse médicale*, 1896).
- TRÉGOUET, *De l'allaitement dans les suites de couches pathologiques et quelques autres états infectieux* (thèse de Paris, 1902).
- TRIEPIER (R.) et BOUVERET, *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, 1886.
- TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.
- VAILLARD, Sur l'hérédité de l'immunité acquise (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896).
- VINAY, *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1893.
- VITRY, *Etude sur la physiologie de la nourrice, en particulier au point de vue de sa résistance aux maladies* (thèse de Paris, 1905).
- WEILL (E.), *Précis de médecine infantile*, 1905.
- WIDAL et SICART, *Presse médicale*, 1896.
- Société de biologie, 1897.
- WYSSOKOWITSCH, Ueber die Schicksale der im Blut injicirten Mikroorganismen im Körper der Warmblüter (*Zeitschrift f. Hyg.*, Heft I, Bd I).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE. — INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE.	
ETUDE CLINIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LA NOURRICE	
CHAPITRE PREMIER. — Notions étiologiques	5
CHAPITRE II. — Observations	10
CHAPITRE III. — Symptomatologie	74
CHAPITRE IV. — Diagnostic, pronostic, traitement .	93
DEUXIÈME PARTIE. — INFLUENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE SUR L'ALLAITEMENT.	
CHAPITRE PREMIER. — Etat du lait chez la nourrice typhique	97
CHAPITRE II. — Etat de l'enfant alimenté par une nourrice typhique	105
CONCLUSIONS	117
BIBLIOGRAPHIE	119

